

Asiakaslähtöisyys hoitotyössä – asiak- kaiden ja ammattilaisten näkemyksiä

Virve Leskinen
Hilja Vuori

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Leskinen, Virve Vuori, Hilja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 11.04.2016
	Sivumäärä 60	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Asiakslähtöisyys hoitotyössä – asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Tiikkainen, Sinikka Holma		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Asiakkaan elämäntilanteen mukaan yksilöllisesti räätälöidyt palvelut ovat osa tulevaisuuden hoitotyötä. Keski-Suomessa nykyisiä hoitotyön toimintatapoja arvioidaan uuden keskussairaalan rakentamisen myötä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiassa vuosille 2015–2018 korostuu potilaslähtöisten hoitotyön toimintamallien kehittäminen. Tavoitteena on, että tutkimus, hoito ja kuntoutus lähtevät potilaan tarpeista, ja että potilas itse on aktiivinen toimija hoitoprosessissa. Kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkimustietoa asiakslähtöisen ja yksilöllisen hoidon kehittämisen tueksi. Kirjallisuushaussa etsittiin sekä asiakkaiden että terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä asiakslähtöisestä hoidosta ja asiakslähtöisyyden toteutumista edistävästä sekä estävistä tekijöistä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku toteutettiin eksplisiittisesti joulukuussa 2015. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui aineistoksi 27 tieteellistä, vertaisarvioitua artikkelia. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällyönanalyysin menetelmällä.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittautuivat asiakslähtöisen hoidon teorioita tukeviksi. Asiakslähtöisyyttä näyttäisivät edistävän asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen, jaettu päätöksenteko hoidossa, asiakkaan emotionaalinen tukeminen ja kunnioittaminen ihmisenä, panostaminen vuorovaikutukseen ja tiedonantoon, sekä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen. Asiakslähtöisyyden toteutumista vaikuttaisivat vastaavasti estävän ongelmat edellä mainituissa asioissa, organisaatiolähtöiset hoitotyön mallit sekä hoitoympäristön rutiininomaisuus. Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset poikkesivat osittain toisistaan.</p>		
<p>Avainsanat (<u>asiasanat</u>)</p> <p>Asiakas, potilas, asiakslähtöinen hoito, potilaslähtöinen hoito, yksilöllinen hoito, näkemys</p>		
Muut tiedot		

Author(s) Leskinen, Virve Vuori, Hilja	Type of publication Bachelor's thesis	Date 11.04.2016
	Number of pages 60	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Patient-centred nursing – patients' and professionals' views		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Tiikkainen Pirjo, Holma Sinikka		
Assigned by		
<p>Description</p> <p>Individually tailored care based on client's life situation will be an essential part of nursing in the future. In Central Finland region, the current nursing practices are being reconsidered due to the construction of a new central hospital. In the Central Finland Health Care District's nursing strategy for the period of 2015–2018 the development of patient-centred nursing models is emphasized. The aim is that examination, treatment and rehabilitation are based on the patient's needs and that the patient is an active participant in the process. The thesis was implemented as a literature review, and its aim was to produce information that would support the development of patient-centred and individualized care. Literature searches were conducted in order to find information on patients' and health care professionals' views of patient-centred care and on factors promoting and inhibiting the implementation of patient-centred care.</p> <p>The thesis was implemented as a descriptive literature review. The information retrieval was carried out explicitly in December 2015. The final selection of research material included 27 scientific, peer reviewed articles. The material was analysed by using the method of inductive content analysis.</p> <p>The findings of the literature review turned out to be supporting the theories of patient-centred care. What seemed to be essential was shared decision making between the patient and the professional, supporting the patient emotionally, respecting the patient as a person, investment in interaction and information sharing and holistic consideration of the patient's condition. On the other hand, the factors inhibiting the implementation of patient-centred care were problems with the issues mentioned above, organization-centred nursing models and a care environment based on routines. The patients' and professionals' views partly differed from each other.</p>		
Keywords (<u>subjects</u>) Client, patient, patient-centred care, client-centred care, individualised care, view		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	2
2 Keskeiset käsitteet.....	3
2.1 Asiakas ja potilas	3
2.2 Asiakaslähtöisyys	5
3 Asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen.....	10
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	14
5 Opinnäytetyön toteutus	15
5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	15
5.2 Tiedonhakuprosessi.....	16
5.3 Aineiston analyysi.....	19
6 Tulokset	21
6.1 Asiakaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä	22
6.2 Asiakaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä	28
7 Pohdinta	34
7.1 Tulosten tarkastelu.....	35
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	42
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	44
Lähteet.....	46
Liitteet	52
Liite 1. Esimerkki sisällönanalyysin teemoittelusta.....	52
Liite 2. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt alkuperäisartikkelit.....	54

1 Johdanto

Asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen on yksi hoitotyön keskeisistä periaatteista. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa hänen hoitoaan tarvitsevalle potilaalle. Hoidon tavoitteena tulee olla potilaan yksilöllisen hyvän olon edistäminen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Vastaavasti uusi terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) ja erilaiset laatu- ja palvelusuositukset korostavat vahvasti asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan valinnanvapauden ja osallisuuden lisäämistä.

Keski-Suomeen on lähivuosina rakenteilla uusi keskussairaala. Tämän seurauksena nykyisiä hoitotyön toimintatapoja puntaroidaan uudelleen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2015–2020 määrittelee sairaanhoitopiirissä annettavan hoidon arvot, mission eli perustehtävän, tavoitteen eli vision, sekä keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoitotyön strategia vuosille 2015–2018 tarkentaa näitä hoitotyön osalta. Sairaanhoitopiirin strategiassa näkyy potilaslähtöisyyden korostaminen. Tavoitteena on, että tutkimus, hoito ja kuntoutus lähtevät potilaan tarpeista, että potilas itse on aktiivinen toimija oman sairautensa hoidossa, ja että potilaiden terveyttä ja hyvinvointia edistetään yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Hoitotyön strategiassa on neljä tavoitetta: 1) Potilaslähtöisten hoitotyön toimintamallien kehittäminen, 2) Näyttöön perustuvat yhtenäiset hoitotyön ydintoiminnot, 3) Hyvinvoiva, osaava ja sitoutunut hoitohenkilöstö sekä 4) Osallistava hoitotyön johtaminen.

Asiakaslähtöisten, näyttöön perustuvien toimintamallien kehittäminen edellyttää tietoa asiakaslähtöisyydestä ja sen kokemisesta sekä asiakkaiden että ammattilaisten näkökulmasta. Asiakaslähtöisyys käsitteenä on haastava ja monimerkityksellinen, mikä tekee myös asiakaslähtöisten palvelumallien hahmottamisesta ja kehittämisestä haastavaa (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29). Yhtenä keinona strategian tavoit-

teiden toteutumiseen on mainittu toiminnan kehittäminen potilaspalautteiden, asiantuntija-arvioiden ja tutkimustiedon avulla. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on osaltaan tuottaa tutkimustietoa asiakaslähtöisen ja yksilöllisen hoidon kehittämisen tueksi.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Asiakas ja potilas

Perinteisesti terveydenhuollossa on käytetty potilaskäsitettä, ja potilas on edelleen käsitteenä vallitseva sairaalamaailmassa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) määrittelee potilaan henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidopalveluja tai on muuten niiden kohteena. Terveyden- tai sairaanhoito määritellään kyseisessä laissa ”potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä”. Potilas nähdään siis tavallaan passiivisena toimenpiteiden kohteena. Potilas luo mielikuvan palveluiden käyttäjästä, joka on riippuvainen asiantuntijan tiedosta ja avusta (Niemi 2006, 22–23). Näin joskus onkin, sillä aina ihminen ei tilansa vuoksi kykene tekemään terveyttään koskevia päätöksiä. Toisaalta potilaslaissa edellytetään potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointia sekä hoidon suunnittelua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Potilaskäsitteen käyttöä on vähitellen korvattu käsitteen asiakas käytöllä, ja etenkin avohuollon piirissä olevia palvelunkäyttäjiä kutsutaan jo lähes poikkeuksetta asiakkaiksi (Niemi 2006, 22). Asiakas-sana viittaa vahvemmin laatu-tietoiseen palveluiden käyttäjään, joka on aktiivinen ja palvelujentarjoajan kanssa yhdenvertainen toimija. Asiakkuus käsitteenä on peräisin yritysmaailmasta. Liiketaloudessa asiakaskokemusta

pidetään keskeisenä tekijänä, joka määrittelee yrityksen menestyksen (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 24). Yritykset pyrkivät maksimoimaan voittoa parantamalla asiakkuusajatteluaan – jos asiakas kokee tulleen huonosti kohdatuksi, liiketoimet eivät todennäköisesti etene. Asiakkuutta voidaan pitää resurssien vaihdannan yhteydessä tapahtuvana vuorovaikutusprosessina, jonka tavoitteena on luoda arvoa asiakkuussuhteen molemmille osapuolille (Koivuniemi & Simonen 2011, 24–26).

Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaan käsite on moniulotteisempi. Se kytkeytyy potilaan, kuluttajan ja kansalaisen käsitteisiin (Virtanen ym. 2011, 15). Lainsäädäntö takaa jokaiselle Suomen kansalaiselle oikeuden laadukkaaseen hoitoon. Toisaalta sosiaali- ja terveystieteissä linjauksissa korostetaan yhä enemmän kansalaisen vastuuta ylläpitää omaa terveyttään ja ennaltaehkäistä sairauksia. Kuluttajanäkökulmasta sosiaali- ja terveysalan asiakas on aktiivinen toimija, joka haluaa osallistua käyttämiensä palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja toimeenpanoon. Kuluttaja osaa vaatia valinnan mahdollisuuksia. Koivuniemi ja Simonen (2011, 198) soveltavat liiketalouden näkemystä terveydenhuollon asiakkuuteen seuraavasti: se on kansalaisen ja asiantuntijan välillä, hoitotapahtuman yhteydessä tapahtuva voimavarojen yhdistämisen tavoitteellinen prosessi, josta syntyy arvoa molemmille osapuolille.

Leväsluoto ja Kivisaari (2012, 29) havaitsivat, että heidän haastattelemansa terveydenhuollon ammattilaiset eivät käyttäneet termiä asiakas, vaikka haastattelijat itse käyttivät tätä sanaa potilaskäsitteen sijaan. Käytetyllä kielellä saattaa olla merkitystä ajattelutavan muutoksessa, minkä vuoksi potilaskäsitteen muuttaminen asiakkaaksi voidaan nähdä tärkeänä etappina kohti asiakaslähtöisyyden toteutumista. Puhumalla potilaiden sijaan asiakkaista voitaisiin vaikuttaa asenteisiin, joiden muutoksella puolestaan on suuri merkitys asiakkaiden kykyyn ottaa vastuuta omasta hoidostaan (Koivuniemi & Simonen 2011). Tärkeämpää kuin palvelunkäyttäjän luokittelu tiettyyn lokeroon tai tietyn käsitteen alle on kuitenkin ihmislähtöisyys. Se on asiakkaan

oman näkemyksen, kokemuksen, toimintakyvyn ja voimavarojen arvostamista (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Koska erilaisia käsitteitä (patient, person, customer, client) käytetään kirjallisuudessa hyvin vaihtelevissa merkityksissä; sekä potilas että asiakas termiä on hyödynnetty tämän opinnäytetyön tiedonhaussa.

2.2 Asiakslähtöisyys

Aiemmin terveydenhuollossa on totuttu ammattihenkilölähtöiseen ajattelutapaan, jossa ammattilaisella on vahva auktoriteetti suhteessa palvelunkäyttäjään eli potilaaseen tai asiakkaaseen. Tätä kutsutaan autoritaariseksi hoitosuhteeksi. Sille on tyypillistä, että hoitaja suunnittelee potilaan hoidon ja edellyttää potilaalta hoitomyönteisyyttä. Nykyään kuitenkin korostetaan potilaan tai asiakkaan omaa roolia hoitonsa suunnittelussa. Valmentajasuhteessa hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisia toimijoita, ja hoidon suunnittelu perustuu asiakkaan yksilöllisiin toiveisiin, kokemuksiin, pelkoihin, uskomuksiin ja elämäntyyliin. Toimivassa hoitosuhteessa asiakas pystyy toteuttamaan hänen yksilölliseen tilanteeseensa parhaiten sopivaa, ammattilaisen kanssa yhdessä räätälöityä näyttöön perustuvaa omahoitoa. Tällöin voidaan puhua asiakslähtöisestä hoitosuhteesta. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7.)

Asiakslähtöisen hoitotyön ohella puhutaan myös yksilöllisestä hoidosta. Yksilöidyn hoitotyön lähtökohta on hoidettavan ihmisen yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus (Edvardsson & Innes 2010). Yksilöllinen hoitotyö toteutuu potilaan kanssa vuorovaikutuksessa. Se on hoitoa, jossa toteutettavat hoitotoiminnot räätälöidään yhteistyössä potilaan kanssa sekä hänen kliinisen tilanteensa että yksilöllisen elämäntilanteensa mukaisesti. Kliinisen tilanteen huomioimiseen lukeutuvat muun muassa potilaan fyysiset ja psyykkiset tarpeet, pelot ja huolet, voimavarat ja kyvyt sekä sairauden ja voinnin merkitys yksilölle. Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisessa puolestaan kiinnitetään huomiota esimerkiksi potilaan työhön ja ammattiin, harrastuksiin, jokapäiväisiin tapoihin ja tottumuksiin, kulttuurillisiin perinteisiin, sosiaalisiin suhteisiin ja

verkostoihin sekä hänen aikaisempiin kokemuksiinsa terveydenhuollon palveluista. (Suhonen, Gustafsson, Katajisto, Välimäki & Leino-Kilpi 2010; Suhonen, Leino-Kilpi & Välimäki 2005; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi 2002.)

Asiakaslähtöisyys saatetaan usein rinnastaa hyvään hoitoon, mitä se ei kuitenkaan yksinään ole (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29). Asiakaslähtöisyys on arvoperusta, jonka varaan toiminta rakennetaan, ja jonka mukaan jokainen asiakas tulee kohdata arvokkaana yksilönä (Virtanen ym. 2011, 18). Asiakaslähtöisyys ei ole vain palvelujen ja toimintojen tuottamista asiakasta varten ja hänet huomioiden – tätä voidaan pikemminkin kutsua asiakaskeskeisyydeksi. Asiakaslähtöisyys sen sijaan ottaa askeleen eteenpäin. Aidosti asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas ei ole ainoastaan palvelun kohde, vaan myös aktiivinen toimija, joka osallistuu palvelun kehittämiseen, ja jonka henkilökohtaiset ominaisuudet nähdään voimavarana. (Virtanen ym. 2011, 18–19.)

Toteutuakseen asiakaslähtöinen ja yksilöllinen hoito edellyttää soveltuvaa toimintaympäristöä. McCormack ja McCane (2006) ovat luoneet teoreettisen viitekehyksen, jonka puitteissa asiakaslähtöistä hoitoa on mahdollista toteuttaa. Siihen sisältyy neljä osatekijää: 1) ammattilaisen ominaisuudet, kuten sitoutuneisuus ja vuorovaikutustaidot, 2) hoitoympäristön ominaisuudet, kuten työyhteisön toimivuus ja organisaation rakenne, 3) hoitoprosessit, kuten jaettu päätöksenteko ja empaattinen läsnäolo, sekä 4) toivotut lopputulokset, joihin kuuluvat muun muassa asiakkaan kokemus osallisuudesta omaan hoitoprosessiinsa sekä asiakkaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon. Asiakaslähtöisen hoitotyön ulottuvuuksia ovat asiakkaan arvostus ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, valinnanvapaus, hoidon kokonaisvaltaisuus ja yhteneväisyys, vuorovaikutteisuus, osallisuus ja tiedonanto, tasavertaisuus, fyysinen mukavuus ja turvallisuus, emotionaalinen tuki ja ahdistuksen lievittäminen, perhekeskeisyys sekä hoidon jatkuvuus (Pelzang 2010; Leino & Pennanen 2008; Niemi 2006). Seuraavassa käydään näitä hoidon piirteitä tarkemmin läpi.

Arvostus ja yksilöllisyys. Yksilön arvostaminen hoitotyössä pohjautuu humanistiseen ihmiskäsitykseen, joka korostaa ihmisyyttä, yksilön ainutlaatuisuutta, elämän merkityksellisyyttä ja elämänlaatua, sekä yksilön valinnanvapautta (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 21). Asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen on yksi tärkeimmistä käytännön hoitotyötä ohjaavista arvoista (Leino-Kilpi & Välimäki 2009).

Asiakaslähtöinen hoito on asiakkaan kohtaamista ainutlaatuisena yksilönä. Yhdelläkään hoitotyön ammattilaisella ei ole vastaavaa asiantuntemusta asiakkaan elämästä kuin asiakkaalla itsellään (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Yksilöllisyys tarkoittaa asiakkaan persoonallisuuden hyväksymistä, asiakkaan sisällyttämistä hoidon päätöksentekoprosessiin, hänen tarpeidensa kuuntelemista ja tunnistamista sekä luottamuksellisuuden säilyttämistä hoitosuhteessa (Pelzang 2010, 914). Gerrish (2000) on havainnut yksilöllisyyden ilmenevän hoitotyössä muun muassa ihmisten erilaisuuden ymmärtämisenä, fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioiden, sekä asiakkaan itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukemisena.

Autonomia eli itsemääräämisoikeus tarkoittaa yksilön kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä, sekä toimia niiden mukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 137). Yksilöllisessä hoidossa asiakkaalla on tiettyyn rajaan asti valinnanvapaus omaa hoitoaan koskevista asioista. Asiakkaan osallistaminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon edellyttää ammattilaiselta luottamusta asiakkaan kykyihin päättää itseään koskevista asioista (Pelzang 2010, 912). Toisaalta päätöksenteon edellytyksenä on asiakkaan kompetenssi tehdä päätöksiä. Kompetenssilla tarkoitetaan joukkoa kykyjä, joita tarvitaan harkintaa ja toimintaa edellyttävissä tilanteissa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 139). Ihannetilanteessa yksilöllinen hoito perustuukin ammattilaisen ja asiakkaan väliseen jaettuun päätöksentekoon, jossa ammattilainen tukee asiakasta tekemään perusteltuja valintoja tarjoamansa tiedon ja asiantuntemuksen kautta (Pelzang 2010, 912).

Hoidon kokonaisvaltaisuus. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus (Rautava-Nurmi ym. 2012, 21). Asiakkaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti tarkoittaa kaikkien näiden puolien huomioimista hoidossa. Kokonaisvaltainen hoito edellyttää hoidon hyvää koordinoitua ja monitieteellistä työskentelytapaa. Hoitotyötä avustavat toiminnot tulisi yhdistää joustavasti osaksi kliinistä hoitotyötä. (Pelzang 2010, 914). Perhe, sosiaalinen yhteisö, ympäristö ja vuorovaikutus ovat tärkeitä ihmisen hyvinvoinnille, joten perhe tulisi ottaa osaksi hoidon suunnittelua, päätöksentekoa ja laadunseurantaprosesseja (Rautava-Nurmi ym. 2012, 21; Pelzang 2010, 914).

Vuorovaikutteisuus, osallisuus ja tiedonanto. Vuorovaikutus tarkoittaa nimensä mukaisesti vastavuoroista, kahteen suuntaan kulkevaa vaikuttamista, johon sisältyy sekä sanallista että sanatonta viestintää. Hoitotyössä hoitaja on asiakkaaseen nähden asiantuntijaroolissa ja sen myötä myös kantamassa ammatillista vastuuta tilanteen kuluksi. (Niemi 2006, 38.) Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutussuhteessa tilannetta ohjaavat asiantuntijan tavoitteet ja tulkinnot ja tämän päämääränä on lähinnä antaa tietoa asiakkaalle. Suhde on epätasapainoinen ja asiantuntija on auktoriteettiassessa asiakkaaseen nähden. Vastakohtana on asiakaskeskeinen vuorovaikutus, jossa keskiössä ovat asiakkaan tarpeet ja näkökulma ja hänellä on mahdollisuus reflektoida tunteuksiaan asiantuntijan avulla. (Mönkkönen 2002, 53–57.) Ihannetilanteessa vuorovaikutus on aidosti vastavuoroista, jolloin molemmat osallistujat rakentavat keskustelun sisältöä yhteistyötä tehden (Niemi 2006, 38–39; Mönkkönen 2002, 56–57).

Asiakkaan osallisuuden tunne ja osallistuminen hoitoon mahdollistavat tavoitteisiin pääsyn hyödyntäen samalla asiakkaan voimavaroja, jolloin asiakas saa kokemuksen asioihin vaikuttamisesta. Osallistumista mahdollistetaan yksilöllisellä ja asiakasta arvostavalla työotteella, toimimalla yhteistyössä asiakkaan kanssa ja antamalla tälle tukea ja ymmärrettävää tietoa hoidosta. (Pelzang 2010, 914; Niemi 2006, 42–43.)

Fyysinen mukavuus ja turvallisuus. Miellyttävän, toipumista edistävän ympäristön ylläpitäminen, oireiden oikea-aikainen ja asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiva hoito, sekä hyvä perushoito mahdollistavat asiakkaalle fyysisen turvallisuuden ja mukavuuden tunteen (Pelzang 2010, 914). Asiakkaan toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen ovat yksi osa toipumisen tukemisessa. Tällöin asiakasta motivoidaan ja rohkaistaan omatoimiseen fyysiseen osallistumiseen. (Niemi 2006, 82.)

Emotionaalinen tuki. Emotionaalisen tuen antamisen peruspilareita ovat pelon ja ahdistuksen lievittäminen, tarkoituksenmukaisen ja selkeän tiedon antaminen sairaudesta, empaattinen huolenpito, sekä asiakkaan kuuntelu (Pelzang 2010, 914). Hoitajien antaman tuen on havaittu keskittyvän enemmän tiedon antamiseen ja ohjaukseen, kun taas potilaat odottavat hoitajalta enemmän kuuntelua ja rohkaisua (Niemi 2006, 41).

Perhekeskeisyys. Asiakkaan lisäksi myös tämän perheen hoitoon osallistumisella on suuri merkitys, koska perhe voi olla merkittävä tuen antaja ja hoitoon olennaisesti liittyvän tiedon lähde. Tämän tiedostaminen ja kunnioittaminen lisää perheen yhteisiä voimavaroja. Perheenjäsenillä on usein halukkuutta osallistua läheisensä hoitoon, jolloin he saattavat tarvita alkuun hoitajalta ohjausta. Ottamalla perhe mukaan myös hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon voidaan varmistaa hoidon yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta. (Pelzang 2010, 912–915; Niemi 2006, 33–37.)

Hoidon jatkuvuus. Asiakkaan ja perheen ottaminen mukaan kotiutumisen ja jatkohoidon suunnitteluun turvaa hoidon jatkuvuutta esimerkiksi sairaalajakson jälkeen. Hoitovastuun siirtyessä selkeän tiedon ja ohjauksen antamisen merkitys on suuri. Ohjausta voidaan tarvita esimerkiksi tehtävistä hoidoista, haavasidosten vaihtamisesta, lääkitsemisestä, oireiden seuraamisesta sekä siitä minne ottaa yhteyttä, jos on kysyttävää ja mitä tehdä hätätilanteessa. (Pelzang 2010, 914.)

3 Asiakslähtöisen toiminnan kehittäminen

Tavat organisoida hoitotyötä käytännössä ovat muuttuneet vuosikymmenten saatossa. Erilaisia organisointitapoja kutsutaan hoitotyön toimintamalleiksi (Voutilainen, Laaksonen 1994, 67). Hoitotyön malleista tunnetuimpia ja kirjallisuudessa laajimmin käsiteltyjä ovat 1) tehtäväkeskeinen hoitotyö, missä kukin hoitaja suorittaa omaa tehtäväaluettaan, kuten huolehtii lääkityksestä, haavan- tai perushoidosta, 2) ryhmätyön malli, missä potilaan hoidosta huolehtii ryhmä erilaisen koulutuksen omaavia hoitajia, 3) potilaan kokonaisuhoito, missä yksi hoitaja vastaa tiettyjen potilaiden hoidosta yhden työvuoron keston ajan, sekä 4) yksilövastuinen hoitotyö, edellisten jälkeen potilaskeskeisemmäksi ja hoidon jatkuvuuden paremmin takaavaksi suunniteltu malli, jossa yksi hoitaja on päävastuussa potilaan hoidosta koko tämän hoitojakson ajan. (Aalto & Pitkänen 2013, 13; Ryhänen 2005, 12–14.)

Erilaiset toimintamallit pystyvät takaamaan asiakslähtöisen hoidon vaihtelevasti. Nimensä mukaisesti tehtäväkeskeisessä hoitotyössä painopiste on asiakslähtöisyyden sijaan tehtävien suorittamisessa. Työ on hajautettu pieniin osiin, eikä hoitajilla näin voi olla kokonaisvaltaista käsitystä potilaan hoidosta. Tehtäväkeskeisestä mallista onkin haluttu suunnata kohti asiakslähtöisempää mallia. Yksilövastuinen hoitotyö, jonka kehittäminen on aloitettu 1960-luvun lopulla, on luotu paikkaamaan tarvetta hoitotyön organisointitavalle, jossa toteutuu yksilöllisyys, asiakaskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus, hoidon jatkuvuus ja hoitotyön itsenäisyys. (Ryhänen 2005, 12–14.) Toimiakseen yksilövastuinen hoitotyö edellyttää nimensä mukaisesti hoitajalta vastuullista toimintaa (Niemi 2006, 26).

Koivuniemen ja Simosen mukaan (2011) nykyisen terveydenhuollon ongelmana Suomessa voidaan nähdä hoitoprosessien tuotantokeskeisyys. Nykyisen palvelumallin rakenne on pirstaleinen, ja sille on ominaista tehtäviin erikoistuminen, sekä erikoistuneiden yksiköiden välinen heikko kommunikaatio ja tiedonsiirto. Erikoistumisen

avulla on pyritty tehokkuuteen. Tuotantokeskeisessä ajattelutavassa tarkastelun kohteena ovat pääasiassa ihmisen haitat ja rajoitukset. Palvelumallin parantamiseksi Koivuniemi ja Simonen tarjoavat asiakaslähtöistä toimintatapaa, jossa terveydenhuollon perustehtävä olisi ihmisen tukeminen niin, että hän pärjää mahdollisimman hyvin arjessa. Ihmiskeskeisessä palvelumallissa hoitoa tarvitseva ihminen on lähtökohta uusien toimintamallien kehittämiseksi. (Koivuniemi & Simonen 2011, 23–52.)

Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella sekä palveluntuottajan että asiakkaan näkökulmasta käsin. Palveluiden tuottajan näkökulmasta rakennetaan toimivia malleja ja järjestelmiä, kun taas asiakkaan näkökulmasta tärkeää on se, kokeeko hän tulleen kohdatuksi yksilönä, ja vastaako asiakkaan saama palvelu hänen tarpeeseensa. (Virtanen ym. 2011, 11.) Asiakaslähtöisten toimintamallien kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla kannattaa, sillä niiden avulla voidaan lisätä asiakkaan sitoutumista hoitoonsa, hoidon vaikuttavuutta, asiakkaan sekä työntekijän tyytyväisyyttä, ja myös kustannustehokkuutta (Virtanen ym. 2011, 8). Usein asiakaslähtöisten palvelumallien hyödyt hahmotetaan nimenomaan asiakkaan näkökulmasta, mutta ammattilaisille koituva hyöty unohtuu. Asiakaslähtöiset toimintamallit voivat vapauttaa ammattilaisten resursseja, jolloin jäljellä olevat voimavarat voitaisiin kohdistaa aiempaa paremmin niitä tarvitseville. Asiakkaiden parantunut toimeliaisuus voisi lisätä ammattilaisen kokemaa tyydytystä tekemästään työstä, kun työn tulokset tulevat näkyviksi. Kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat pystyisivät kehittämään toimintaansa ja monipuolistamaan palveluitaan. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 21–22.)

Asiakas itse on paras henkilö kertomaan, millaisia piirteitä asiakaslähtöisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin kuuluu. Peruslähtökohdaksi havaittiin itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen kautta koko palvelutapahtuman ja hoitoketjun. Asiakkaat liittävät itsemääräämisoikeuden säilyttämisen heidän ihmisarvonsa kunnioittamiseen. Yhtä tärkeää on inhimillisyys, luottamus ja asiakkaan kohtaaminen ihmisenä sairauden korostamisen sijaan. Asiakaslähtöisiksi koettiin palvelut, joissa asiakas itse sai osallistua

hoidon suunnittelemiseen ja toteuttamiseen. Asiakkaat eivät kuitenkaan edellyttäneet rajatonta valinnanvapautta palveluissa, vaan sen sijaan halusivat, että heidän mielipiteensä tulee kuulluksi. Asiakkaat toivovat myös sujuvaa tiedonkulkua ja oikeutta tietoon itseään koskevista asioista. (Virtanen ym. 2011, 20–21.)

Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämistä voidaan tarkastella erilaisten asiakkuuksien ja asiakkuusstrategioiden määrittelyn näkökulmasta. Asiakkaat voidaan luokitella neljään eri ryhmään eli ”asiakkuussalkkuun” arjessa pärjäämisen (helppo/vaikea) ja asiakkaalle koituvien kustannusten (matala/korkea) perusteella. Kun asiakasta parhaiten kuvaava asiakkuussalkku on tunnistettu, kullekin asiakkaalle voidaan räätälöidä parhaiten sopiva hoitoprosessi, jonka tavoitteena on tukea pärjäämistä ja madaltaa asiakkaalle aiheutuvia kustannuksia. (Koivuniemi & Simonen 2011, 110–111.) Palveluiden yksilöllinen räätälöinti onkin malli, johon tulevaisuudessa pitäisi yhä enemmän pyrkiä. Se perustuu hyvään vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä – ensinnäkin hoitava henkilökunta tarvitsee tietoa asiakkaan kliinisestä tilanteesta sekä yksilöllisestä elämäntilanteesta, ja toisaalta asiakas tarvitsee tietoa sairaudestaan, voinnistaan ja valinnanmahdollisuuksista, jotta hän pystyy osallistumaan päätöksentekoon ja ilmaisemaan omia näkökulmiaan ja toiveitaan (Suhonen 2012). Yksilöllisesti räätälöidyn hoidon on aiemmissa tutkimuksissa todettu muun muassa parantavan hoitotuloksia, edistävän toimintakykyä sekä lisäävän asiakkaan autonomiaa ja tyytyväisyyttä (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari & Papastavrou 2013).

Virtasen ja kumppaneiden (2011, 22–23) mukaan asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisessä tulee huomioida useita osa-alueita. Ensimmäisenä mainitaan asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen. Asiakkaalle annettava tieto palvelusta parantaa hänen sitoutumistaan ja ymmärrystään ja tukee itsemääräämisoikeutta. Toiseksi asiakkaan osallistumismahdollisuuksia palvelutapahtuman aikana tulisi lisätä, mikä edellyttää vuorovaikutuksen kehittämistä. Kolmanneksi palveluiden muotoa, sisältöä sekä

jakelukanavia pitäisi kehittää niin, että palvelut ovat mahdollisimman helposti asiakkaan saatavilla. Neljänneksi palveluntuottajan täytyy kerätä tietoa asiakkaista niin, että organisaatiossa ymmärretään asiakkaiden tarpeita. Viidentenä palveluntuottajan asenteisiin ja palvelukulttuuriin tulee kiinnittää huomiota. Kuudenneksi ja viimeiseksi mainitaan johtaminen, jonka avulla toimintatapoja ja asenteita voidaan muuttaa asiakaslähtöisemmiksi.

Asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisessa on vielä paljon toivomisen varaa.

Esimerkiksi Makkonen, Hupli ja Suhonen (2010, 129) havaitsivat tutkimuksessaan, että potilaiden mielestä heidän yksilöllistä elämäntilannettaan ei huomioitu hoidossa. Dabney ja Tzeng (2013, 361–362) ovat tunnistaneet asiakaslähtöisessä hoitotyössä neljä mahdollista puutetta, jotka voivat vaikuttaa asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Ensimmäinen puute on hoitajan oletusten ja asiakkaan odotusten välillä oleva ristiriita, joka syntyy pääasiassa vuorovaikutuksen puutteesta. Toisena Dabney ja Tzeng mainitsevat ristiriidan ammattilaisten näkemysten asiakkaiden tarvitsemasta hoidosta sekä organisaation standardien välillä. Kolmas puute syntyy organisaation standardien ja käytännön toimintatapojen välisestä ristiriidasta. Neljäntenä mainitaan ristiriita asiakkaan odotusten ja hänen saamansa palvelun välillä. Myös Pelzang (2010, 915–916) on listannut mahdollisia esteitä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Niihin lukeutuu muu muassa asiakaslähtöisyyssäsitteen selkeän määritelmän puuttuminen, koulutuksen riittämätön painotus asiakaslähtöisyyteen, yhteistyön ja hoidon jatkuvuuden puutteellinen koordinointi sekä pula henkilökunnasta.

Yksi keino yrittää luoda puitteet asiakaslähtöisemmille toimintamalleille ovat uudet magneettisairaalat. Yhdysvalloissa 1970-luvulla alkunsa saanut Magneettisairaalamalli on alun perin hoitajapulaan kehitetty standardi, jonka tarkoituksena on luoda vetovoimaisia sairaaloita, joihin hoitohenkilökunta hakeutuu mielellään töihin. Mallin on todettu olevan toimiva alkuperäisessä tarkoituksessaan hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyden ja työssä pysyvyyden takaajana, minkä lisäksi sillä on voitu osoittaa

olevan positiivisia vaikutuksia hoidon laatuun ja potilastuloksiin. (Näyttää magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin: Hoitotyön suositus, 2010). Sairaalaympäristöihin ja hoitajaresursseihin tehtyjen parannusten vaikutuksia on tutkittu myös magneettisairaalaympäristöjen ulkopuolella ja niiden on todettu vaikuttavan suoraan hoidon laatuun sekä turvallisuuteen, hoitajien tyytyväisyyteen työhönsä ja potilaiden tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon (Aiken ym. 2012). Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta sairaalaympäristöjen kehittämistä on kuitenkin tutkittu vielä vähän.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategian visiona on toteuttaa näyttöön perustuvaa, potilaslähtöistä ja turvallista hoitotyötä, joka tuottaa potilaalle terveyshyötyä. Tavoitteena on, että potilaan tutkimus, hoito ja kuntoutus lähtevät hänen omista tarpeistaan (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia 2015–2018). Potilaslähtöisten hoitotyön toimintamallien kehittäminen edellyttää ymmärrystä potilaslähtöisyydestä ilmiönä. Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan tuottaa tutkimustietoa toimintatapojen kehittämisen avuksi. Työn tarkoitus on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla, mitkä piirteet ja toimintatavat tekevät hoitotyöstä asiakaslähtöistä. Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä tekijät edistävät tai toisaalta ovat esteenä asiakaslähtöisen hoidon toteutumiselle?
2. Millaisia näkemyksiä asiakkailla/potilailta on asiakaslähtöisestä hoitotyöstä?
3. Millaisia näkemyksiä terveydenhuollon ammattilaisilla on asiakaslähtöisestä hoitotyöstä?

Työn lopuksi pohditaan nykyisin käytössä olevia hoitotyön toimintamalleja saatujen tulosten pohjalta. Mitkä vakiintuneet toimintatavat voisivat olla esteenä asiakasläh- töisyyden toteutumiselle? Miten nykyisiä toimintamalleja mahdollisesti tulisi muut- taa?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on keino koota aiheesta aiemmin tehty tut- kimus yhteen sen analysoimista varten. Menetelmän avulla voidaan selvittää mil- laista tutkimusta aiheesta on jo tehty ja se mahdollistaa kokonaiskuvan luomisen ai- hepiiristä sekä tutkimustulosten vertailun ja kommentoinnin. Kirjallisuuskatsauksen tekijälle mahdollistuu oman tutkimuskysymyksen peilaaminen aiheesta tehtyyn aiempaan tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 260.)

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuus- katsauksen avulla tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä pystytään kuvaamaan laaja- alaisesti ja siinä tutkimuskysymykset ovat systemaattista kirjallisuuskatsausta väljem- min laadittuja ja aineiston valinta vapaampaa. (Salminen, A. 2011, 6.) Kuvaileva kirjal- lisuuskatsaus jaetaan neljään vaiheeseen, joista ensimmäisessä muodostetaan tutki- muskysymys, toisessa valitaan aineisto, kolmannessa rakennetaan kuvailu ja neljän- nessä tarkastellaan tuotettua tulosta. Tutkimusmenetelmälle ominaista kuitenkin on, että nämä vaiheet etenevät osin päällekkäisinä koko tutkimusprosessin ajan aineis- ton sisällön ja tutkimuskysymysten keskustellessa jatkuvasti keskenään. (Kangas- niemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294–296.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsauksen tyyliä on käytetty paljon hoito- ja terveystieteen tutkimuksissa ja kiinnostus menetelmää kohtaan on yhä kasvamassa. Yksi selittävä

tekijä kiinnostukselle on näyttöön perustuvan hoitotyön merkityksen vahvistuminen. (Kangasniemi ym. 2013, 293.) Terveystieteissa (30.12.2010/1326, § 8) veloitetaan tarjoamaan laadukasta, näyttöön perustuvaa hoitoa. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitaja on asiantuntija, joka perustaa päätöksensä tutkittuun, ajantasaiseen tietoon (Perälä ym. 2008, 11). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu sekä tutkimustyön välineeksi että kliinisen tiedon yhteen kokoamiseen hoitotyössä (Kangasniemi ym. 2013, 292).

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin eksplisiittisenä, jolloin tiedonhaun toteutus ja raportointi muistuttavat suuresti systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tietokannoista tehdyn kirjallisuushaun rajaukset ja tarkat sanahaut ovat systemaattisen kaltaiset, mutta aineiston mukaan ottamisen ja poissulkemisen tärkein peruste on hakuehtojen mukaisen hakemisen ja aineistovalinnan sijaan aineiston sisältö. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

5.2 Tiedonhakuprosessi

Alustavia hakuja tehtiin useilla erilaisilla hakusanayhdistelmillä. Hakua kokeiltiin ensin esimerkiksi pelkästään fraasilla [”patient cent* care” OR ”client cent* care”], mutta tämä tuotti tuhansia hakutuloksia, joten hakua jouduttiin rajaamaan lisäämällä asiakaslähtöisyyden ohelle muita hakutermejä. Käyttämällä hakutermejä ”model”, ”healthcare model” tai ”nursing model” hakutulokset eivät vastanneet tutkimuskysymyksen parhaalla mahdollisella tavalla. Kirjallisuuskatsauksen painopisteen haluttiin olevan enemmän siinä, mitä näkemyksiä ammattilaisilla tai asiakkailla itsellään on asiakaslähtöisyydestä. Asiakaslähtöisyys liittyy käsitteenä läheisesti hoidon laatuun, joten lopulta yhdeksi hakusanaksi valikoitui ”quality of care”.

Kirjallisuushakuihin käytettiin Medic-, Cinahl- sekä Academic Search Elite -tietokantoja. Kussakin tietokannassa käytettiin hiukan eri hakutermejä, jotka valittiin alustavilla hauilla kokeilemalla erilaisia yhdistelmiä. Medic-tietokannassa käytettiin hakulauseketta [asiakasläht* OR potilasläht* OR potilaskesk* OR "patient centered care" OR "person centered care" OR "patient focused care" OR "client centered care" OR "patient oriented care" OR "client oriented care" OR "client oriented therapy" OR "individualised care"]. Hakua rajattiin valitsemalla tulosten halutuksi aikaväliksi vuodet 2005–2015, kieliksi valittiin suomi ja englanti ja julkaisutyypeiksi artikkeli kirjassa, alkuperäistutkimus, katsausartikkeli, tapausselostus sekä muu artikkeli (ks. taulukko 1). Lisäksi haussa käytettiin valintaa ”asiasanojen synonyymit käytössä”. ”Vain kokotekstit” -kohtaa ei valittu, sillä tämä olisi rajannut hakutuloksia liikaa, ja osa hakutuloksista saattaa löytyä kokotekstinä muusta lähteestä. Hakutuloksia saatiin yhteensä 65. Näistä 44 jätettiin tulosten ulkopuolelle otsikon perusteella. Jäljelle jääneistä 21 hakutuloksesta vielä 18 rajattiin pois joko abstraktin tai julkaisusarjan (ammattilehti tai aikakauslehti, ei vertaisarvioitu, tieteellinen julkaisu) perusteella. Lopulliseen aineistoon valikoitui näin ollen kolme (3) artikkelia.

Cinahl-tietokannassa käytettiin hakulauseketta [("patient cent* care" OR "person cent* care" OR "patient focused care" OR "client cent* care" OR "patient oriented care" OR "client oriented care" OR "client oriented therapy" OR "individualised care") AND ("quality of care" OR view)]. Hakua rajattiin vuosina 2005–2015 julkaistuihin, englanninkielisiin tutkimusartikkeleihin (academic journals), joista oli saatavilla kokoteksti (full text). Tuloksia saatiin yhteensä 243. Näistä rajattiin pois otsikon perusteella 214, jolloin jäljelle jäi 29 hakutulosta. Jo tässä vaiheessa pelkästään muistisairaiden hoitoon tai palliatiiviseen hoitoon keskittyvät artikkelit jätettiin pois. Valikoituista 29 artikkelista karsittiin abstraktin perusteella 15, jolloin jäljellä jäi 14 artikkelia, jotka luettiin kokonaan. Näistä kahdeksan (8) ei vastannut tutkimuskysymykseen, joten lopulliseksi aineistoksi jäi kuusi (6) artikkelia.

Academic Search Elite -tietokannassa käytetty hakulauseke oli ("patient cent* care" OR "person cent* care" OR "patient focused care" OR "client cent* care" OR "patient oriented care" OR "client oriented care" OR "client oriented therapy" OR "individualised care") AND (experience OR perspective OR view OR perception OR attitude) AND quality. Edellä mainittujen hakujen tavoin tulokset rajattiin englanninkielisiin artikkeleihin, jotka on julkaistu vuosina 2005–2015, jotka ovat tieteellisesti vertaisarvioituja (peer reviewed) tutkimusartikkeleita (academic journals), ja joista on kokoteksti saatavilla. Tuloksia saatiin kaikkiaan 343, joista 290 hylättiin otsikon perusteella. Jälleen pelkästään muistisairaiden hoitoon tai palliatiiviseen hoitoon keskittyvät artikkelit jätettiin pois. Jäljelle jääneistä 53 artikkelista rajattiin pois edelleen 33 abstraktin ja 5 sisällön perusteella. Näistä 15 artikkelista kaksi oli yhteisiä Cinahl-tietokannan hakutulosten kanssa, joten Academic Search Elite-tietokannan haku tuotti lopulliseen aineistoon seulonnan jälkeen 13 artikkelia. Yhteensä kaikki kolme tietokantaa tuottivat siis 22 hakutulosta, jotka sisällytettiin kirjallisuuskatsaukseen (ks. taulukko 2).

Taulukko 1. Tutkimuksen mukaanottokriteerit.

Artikkeli on julkaistu vuosien 2005–2015 välillä
Artikkeli on suomen- tai englanninkielinen
Artikkelista on kokoteksti (full text) saatavissa
Artikkeli on vertaisarvioitu (peer reviewed) ja se on julkaistu tieteellisessä julkaisusarjassa (academic journal)
Artikkeli vastaa tutkimuskysymykseen

Taulukko 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi.

TIETOKANTA	Medic	Cinahl	Academic Search Elite
Hakutuloksia	65	243	343
Otsikon perusteella hylätty	44	214	290
Abstraktin ja sisällön perusteella hylätty	18	23	40
Valitut hakutulokset	3	6	13
<i>Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyt artikkelit yhteensä</i>		22	

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä opinnäytetyössä hyödynnettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on tutkimuksessa kerätyn kirjallisen aineiston luokittelun ja kokoamisen menetelmä. Se ei tuota valmiita tuloksia, vaan auttaa aineiston yhteenvedossa ja johtopäätösten tekemisessä luokittelemalla ensin aineistossa esiintyviä teemoja kokonaisuuksiksi. Sisällönanalyysiä voidaan hyödyntää kirjallisuuskatsauksessa aineiston sisältämän tiedon tiivistämisessä ja luokittelussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–123.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analysointiprosessia ohjaa aineisto ja siitä esiin nousevat, tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat ja ilmiöt. Aineiston analysoinnissa on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoriakäsitteiden luominen aineiston pohjalta. Pelkistämisvaiheessa aineistosta etsitään niitä ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Näin aineistosta saadaan poimittua tutkimuksen kannalta olennaiset asiat, joihin voidaan keskittyä. Poimitut lauseet listataan ja niistä muodostetaan selkeitä, pelkistettyjä ilmaisuja. Aineiston ryhmittelyvaiheessa poimituista alkuperäisilmaisuista etsitään samaa tarkoittavia käsitteitä, jotka ryhmitellään luokiksi, jotka edelleen nimetään niiden sisältöä kuvailevilla käsitteillä. Näin

syntyvät tulosten alaluokat. Ryhmittely tiivistää aineistoa luomalla siitä yleisiä käsitteitä. Viimeisessä vaiheessa, jota kutsutaan käsitteellistämiseksi, aineistosta koottuja ja ryhmiteltyjä luokkia yhdistellään vielä pidemmälle ja niistä muodostetaan yleisempiä käsitteitä tutkittavaa ilmiötä kuvaamaan. Näin alkuperäisistä ilmaisuista saadaan luotua teoreettisia käsitteitä ja tehtyä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–113.) Opinnäytetyössä lopullisen valinnan mukaiset tutkimukset luettiin ja niistä alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut värikynillä. Värikynien käyttö jäsentää aineistoa ja helpottaa työskentelyä aineiston analysoinnin myöhemmissä vaiheissa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Alleviivatut lauseet tai ilmaisut lisättiin ja pelkistettiin sekä ryhmiteltiin samaa tarkoittaviin tai samaa aihetta käsitteleviin ryhmiin, joista muodostuivat tulosten alaluokat ja niistä edelleen yläluokat. Tutkimuksista alleviivattiin yhteensä 365 kappaletta tutkimuskysymyksiin vastaavia lauseita tai ilmaisuja.

6 Tulokset

Sisällönanalyysin perusteella tulokset jaettiin kahteen osioon, asiakaslähtöisyyttä edistäviin ja toisaalta estäviin tekijöihin (ks. taulukko 3). Sekä asiakkaiden että hoitajien näkemyksistä nousi esiin niin edistäviä kuin estäviä tekijöitä.

Taulukko 3. Sisällönanalyysin tulos.

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Jaettu päätöksenteko ja itsemääräämisoikeus • Emotionaalinen tukeminen ja asiakkaan kunnioittaminen ihmisenä • Vuorovaikutus ja tiedonanto • Kokonaisvaltainen hoito • Tasavertaisuus • Miellyttävä hoitoympäristö ja fyysinen mukavuus • Perhekeskeisyys • Henkilökunnan asenteet • Asiakkaiden odotukset ja ominaisuudet • Koulutus ja työkokemus • Organisaatio ja johtaminen • Tiimityöskentely ja moniammatillisuus • Asiakaslähtöisen hoidon selkeä määritelmä
Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaslähtöisen hoidon selkeän määritelmän puuttuminen • Koulutuksen ja työkokemuksen puute • Asiakkaiden odotukset hoitoa kohtaan • Kokonaisvaltaisen näkemyksen puuttuminen hoidossa • Ongelmat jaetun päätöksenteon ja itsemääräämisoikeuden toteutumisessa • Ongelmat tiimityöskentelyssä ja moniammatillisuudessa • Puutteet vuorovaikutuksessa ja tiedonannossa • Asiakkaan puutteellinen tukeminen ja kunnioittaminen • Ongelmat henkilökunnan asenteissa • Rutiininomainen ja byrokraattinen hoitojärjestelmä • Resurssien puute • Organisaation ja johtamisen ongelmat • Fyysisen hoitoympäristön soveltumattomuus

6.1 Asiakslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä

Useissa tutkimuksissa tuli esiin *jaetun päätöksenteon ja itsemääräämisoikeuden* merkitys asiakkaalle. Asiakkaat halusivat osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja toivoivat että heidän tunteitaan ja mielipiteitään kuunnellaan aidosti (Marshall, Kitson & Zeitz 2012; Kvåle & Bondevik 2008). Asiakkaat halusivat ottaa kantaa päätöksiin niin hoitoa kuin jokapäiväistä elämää koskevissa asioissa, kuten huonetoiverin valinnassa (Kvåle & Bondevik 2008) tai lääkkeiden annostelussa (Edwards, Duff & Walker 2014). Tärkeäksi päätöksenteon tukena koettiin myös kumppanuus hoitajien kanssa, ja hoitajien toivottiin kannustavan asiakasta kertomaan omia toiveitaan (Kvåle & Bondevik 2008). Toisaalta eräässä tutkimuksessa todettiin asiakkaiden haluavan osallistua neuvotteluun, mutta silti he usein toivoivat lääkärin tekevän lopullisen päätöksen hoidostaan (Kvåle & Bondevik 2008). Tavoiteltavana päämääränä voisi kuitenkin pitää asiakkaan omaa päätöstä, jonka hän tekee saatuaan riittävästi tietoa, valinnanvaraa ja työkaluja sopivimman vaihtoehdon valintaan (Asimakopoulou & Scambler 2013).

Myös terveydenhuollon ammattilaiset tunnistivat jaetun päätöksenteon ja itsemääräämisoikeuden merkityksen (Berghout, Van Exel, Leensvaart, & Cramm 2015; Steenbergen, Van der Steen, Smith, Bright, & Kaaijk, 2013; Kjörnsberg, Karlsson, Babra, & Wadensten, 2010). Asiakkaan pitäisi saada toimia omalla tavallaan (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005) ja osallistua oman hoitosuunnitelmansa laatimiseen (Mirzaei, Aspin, Essue, Jeon, Dugdale, Usherwood & Leeder 2013). Asiakkaita tulisi tukea määrittelemään sekä savuttamaan omat hoitotavoitteensa (Berghout ym. 2015; Kääriäinen ym. 2005). Ammattilaiset uskoivat, että asiakkaan osallistaminen päätöksentekoon voi edistää hoitoon sitoutumista ja johtaa parempiin hoidon lopputuloksiin (Mirzaei ym. 2013; Kääriäinen ym. 2005). Asiakkaan tarpeiden kuuleminen edellytti ammattilaiselta aikaa istua alas ja kuunnella asiakasta aidosti (Kvåle & Bondevik 2008), sekä kykyä asettaa asiakkaan mieltymykset etusijalle (Berghout ym. 2015). Yhdessä tutkimuksessa haastatellut ammattilaiset tosin suhtautuivat skeptisesti jaetun

päätöksenteon arvoon hoidossa (Reed, Conrad, Hernandez, Watts & Marcus-Smith 2012).

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu **emotionaalinen tukeminen ja asiakkaan kunnioittaminen ihmisenä**. Asiakkaat arvostivat ilmapiiriä, jossa heidän pelkonsa lievit-
tyivät, he tunsivat olonsa turvallisiksi ja kokivat että heistä pidetään huolta (Edwards
ym. 2014). Ystävällistä ja kunnioittavaa kohtaamista pidettiin tärkeänä (Gill, Dunning,
McKinnon, Cook & Bourke 2014). Asiakkaat halusivat ammattilaisten ottavan heidät
vakavasti ja kohtelemaan heitä aikuisina, joilla on päätäntävaltaa - tämä sai heidät tun-
temaan itsensä arvostetuksi, lisäsi omanarvontuntoa sekä antoi hallinnantunteen
omasta elämästä (Marshall ym. 2012; Kvåle & Bondevik 2008). Asiakkaat halusivat
tulla kutsutuksi omalla nimellään ja kohdatuksi ihmisenä, ei vain ”potilaana” muiden
joukossa (Kvåle & Bondevik 2008). Ammattilaisen ja asiakkaan välillä olevasta muo-
dollisesta hoitosuhteesta huolimatta asiakkaat arvostivat tasavertaista kohtaamista,
vapaata vuorovaikutusta, ja jopa ammattilaisen ja asiakkaan toisiinsa samaistumista
(Marshall ym. 2012). Huumoria pidettiin tärkeänä selviytymismekanismina, sekä ta-
pana luoda yhteys henkilökunnan kanssa (Marshall ym. 2012). Myös hoitajat pitivät
yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä kunnioittavaa kohtaamista tärkeinä asioina (Ed-
wards ym. 2014; Kääriäinen ym. 2005). Hoitajan tulisi kannustaa asiakasta luotta-
maan kykyihinsä sekä tukea hänen oma-aloitteisuuttaan (Kääriäinen ym. 2005). Hoi-
tajat halusivat osaltaan lievittää asiakkaan pelkoja ja arvelivat asiallisen tiedonannon
edesauttavan tässä (Berghout ym. 2015). Henkilökohtaisen tunneyhteyden luominen
lääkärin kanssa näyttäisi vaikuttavan potilaan emotionaaliseen hyvinvointiin (Ed-
wards ym. 2014).

Asiakkaat toivoivat avointa ja rehellistä **vuorovaikutusta**, hyvää **kommunikaatiota**
sekä **tiedonantoa** sairaudestaan ja hoidostaan (Ewart, Moore, Gibbs & Crozler 2014;
Wittenberg-Lyles, Goldsmith & Ferrell 2013; Marshall ym. 2012; Kvåle & Bondevik
2008), uusimmista saatavilla olevista hoitomuodoista (Mirzaei ym. 2013), lääkitykses-

tään (Mirzaei ym. 2013), sekä ruokavaliosta ja liikunnasta (Murphy, Chuma, Matthews, Steyn & Levitt 2015). Hyvä vuorovaikutus ja avoin keskustelu asiakkaan ja ammattilaisen välillä loivat tunteen siitä, että asiakas on aktiivisesti osallisena omassa hoidossaan sen sijaan, että on vain passiivinen hoidon vastaanottaja (Marshall ym. 2012). Kommunikaatiota ja tiedonsiirtoa toivottiin paitsi ammattilaisen ja asiakkaan, myös eri ammattilaisten välillä (Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012). Ammattilaisilta edellytettiin rehellistä tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä hoidoista – tiedon pantaaminen koettiin turhauttavana (Murphy ym. 2015; Kvåle & Bondevik 2008). Asiakkaat halusivat tietää ja nähdä käytännössä mitä hoitajat tekivät ja miksi, sillä se lisäsi kontrollin tunnetta (Ewart ym. 2014; Kvåle & Bondevik 2008). Tietoa toivottiin ammattislangin sijaan niin sanotusti maallikkotermein ymmärrettävässä muodossa (Mirzaei ym. 2013; Wittenberg-Lyles ym. 2013; Kääriäinen ym. 2005). Tiedon välittämisessä myös oikea ajoitus sekä tarvittaessa tiedon toistaminen koettiin tärkeänä (Gill ym. 2014; Wittenberg-Lyles ym. 2013). Asiakkaan tiedottaminen ja tiedon jakaminen eri tahojen välillä koettiin tärkeänä myös onnistuneelle kotiutukselle (Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012). Asiakkaat toivoivat esimerkiksi orientaatiokäyntiä ennen hoitajaksoa, sekä kotiutumisen jälkeistä puhelinsoittoa (Gill ym. 2014). Lisäksi asiakkaat halusivat mahdollisuuden antaa itse palautetta saamastaan hoidosta (Marshall ym. 2012).

Hoitajien mielestä oli tärkeää löytää oikea tapa kommunikoida asiakkaan kanssa ja oppia tuntemaan hänet (Steenbergen ym. 2013). Asiakkaan kuunteleminen ja parempi yhteistyö liitettiin asiakaslähtöiseen hoitoon (Berghout ym. 2015; Kjörnsberg ym. 2010). Hoitajien rehellisyyden koettiin vaikuttavan asiakkaan kokemukseen saamastaan hoidosta (Edwards ym. 2014). Kuten asiakkaat, myös ammattilaiset itse olivat sitä mieltä, että ammattilaisten välinen yhteistyö ja vuorovaikutus takaavat laadultaan parhaan hoidon asiakkaalle (Berghout ym. 2015). Ammattilaisten tulisi tietää, mitä muut ammattilaiset tekevät, ja mitkä ovat asiakkaan omat mieltymykset (Berghout ym. 2015). Hoitajien näkökulmasta asiakkaat halusivat myös tietää, kenen

puoleen kääntyä ja kuka on ”vastuussa” heidän hoidostaan (Berghout ym. 2015). Yhdessä tutkimuksessa todettiin lisääntyneen potilaskontaktin lisäkkeen hoitajien tyytyväisyyttä työhönsä ja vähentäneen stressiä (Kjörnsberg ym. 2010). Lisäksi ammattilaiset voivat osaltaan parantaa asiakkaan terveysasioden lukutaitoa ja aktivoida vähemmän koulutettuja asiakkaita antamalla oikeanlaista tietoa (Rademakers, Delnoij, Nijman & de Boer 2012).

Yksi asiakaslähtöisen hoidon ominaispiirteistä oli ***kokonaisvaltainen hoito***, jossa otetaan huomioon fyysinen, psykologinen sekä emotionaalinen näkökulma (Steenbergen ym. 2013). Hoidon ei pitäisi keskittyä vain tämänhetkisiin oireisiin (Mirzaei ym. 2013), vaan terveydenhuollon tehtävä tulisi käsittää laajemmin asiakkaiden elämänlaadun parantamisena (Berghout ym. 2015). Monilla asiakkailla on monimutkaisia terveysongelmia, joiden hoito edellyttää useiden terveydenhuollon ammattilaisten koordinoitua yhteistyötä (Gill ym. 2014). Kjörnsberg ym. (2010) olivat havainneet, että siirryttäessä asiakaslähtöisempään hoitotyön malliin hoitajat viettivät enemmän aikaa potilaiden kanssa ja oppivat tuntemaan potilaat paremmin ihmisenä, jolloin heillä oli parempi kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan tilanteesta. Kokonaisvaltaista näkökulmaa hoitoon pidettiin myös tehokkaampana kuin keskittymistä yksittäisiin oireisiin (Esmaeili, Cheraghi & Salsali 2013). Kokonaisvaltaisen näkökulman ulottuminen kotiutusvaiheen yli ennaltaehkäisi toimintakyvyn heikkenemistä ja sosiaalista eristäytymistä (Gill ym. 2014). Myös ***tasavertaisuus*** hoitoon pääsyssä ja asiakkaiden kohtelussa nostettiin esille eräässä tutkimuksessa (Berghout ym. 2015).

Miellyttävä hoitoympäristö ja fyysinen mukavuus koettiin tärkeiksi osiksi onnistunutta hoitokokemusta. Yksilöllisen hoidon toteutumisen koettiin olevan vahvasti sidoksissa hoitoympäristöön (Charalambous, Katajisto, Välimäki, Leino-Kilpi & Suhonen 2010). Asiakkaat toivoivat hoitajien tunnistavan heidän fyysiset tarpeensa ja tekevän heidän olonsa fyysisesti mukavaksi (Marshall ym. 2012). Pienillä asioilla kuten ruuan laadulla tai pääsillä ulkoilemaan oli asiakkaiden hyvinvoinnille suuri merkitys (Ed-

wards ym. 2014; Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012). Myös hoitajien näkökulmasta soveltuva työympäristö edistää asiakaslähtöisyyden toteutumista (Kjörnsberg ym. 2010).

Yhdessä tutkimuksessa **perhekeskeisyys** liitettiin vahvasti asiakaslähtöisyyteen (Ewart ym. 2014). Omaiset toivoivat joustavia vierailuaikoja ja mahdollisuutta olla läheisensä luona niin paljon kuin haluavat. Omaishoitajat halusivat sairaalajaksonkin aikana osallistua läheisensä hoitoon, sillä he kokivat pystyvänsä lohduttamaan ja auttamaan läheistään ymmärtämään mitä ympärillä tapahtuu. Perheenjäsenet kokivat, että heillä on läheisestään arvokasta tietoa, joka voi auttaa hoidossa. (Ewart ym. 2014).

Henkilökunnan asenteet näyttäisivät vaikuttavan asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Asiakkaat rinnastivat hoitoa antavan henkilökunnan suoraan hoidon laatuun (Marshall ym. 2012). Ammattilaiset itsekkin olivat sitä mieltä, että hoitoa antava henkilökunta on avainasemassa siinä, millainen hoitokokemus asiakkaalle muodostuu (Edwards ym. 2014). Koko henkilökunnan tulisi työskennellä asiakkaan yksilöllisen edun mukaan (Steenbergen ym. 2013). Asiakkaat, jotka käyvät usein vastaanotolla, tapaisivat aina samat hoitajat (Steenbergen ym. 2013). Useassa tutkimuksessa korostettiin hoitajan motivaation ja hoitotyön filosofisten periaatteiden omaksumisen merkitystä (Esmaeili ym. 2013; Kvåle & Bondevik 2008; Kääriäinen ym. 2005). Aito asiakaslähtöisyys edellyttää, että hoitaja sitoutuu henkisesti ammattinsa harjoittamiseen (Esmaeili ym. 2013). Hoitajalla on valtaa suhteessa asiakkaaseen, ja hoitajien tulisiikin itsereflektion avulla pyrkiä luomaan avoin ja rehellinen ilmapiiri (Kvåle & Bondevik 2008). Toisaalta myös **asiakkaiden odotukset ja ominaisuudet** vaikuttavat hoidon laatuun (Edwards ym. 2014; Gill ym. 2014). Asiakkaan oma vastuullisuus, motivaatio, aktiivisuus ja tavoitteellisuus edesauttavat asiakaslähtöisyyden toteutumista (Kääriäinen ym. 2005). Asiakkaat eivät välttämättä ymmärtäneet asiakaslähtöisyyttä terminä, mutta osasivat selvästi kuvailla mitä odottivat ja edellyttivät hoidoltaan (Marshall ym. 2012).

Henkilökunnan **koulutus ja työkokemus** edistävät asiakaslähtöisyyden toteutumista. Jotta jaettu päätöksenteko mahdollistuisi, terveydenhuollon organisaatioiden tulisi kehittää järjestelmiä, jotka tukevat asiakkaan osallisuutta, ja kouluttaa henkilökuntaa noudattamaan tiettyjä standardeja (Gill ym. 2014). Hoitajat toivoivat koulutusta, jotta he osaisivat kohdata asiakkaan tiedontarpeet paremmin sekä pystyisivät ottamaan asiakkaan mukaan päätöksentekoon (West, Barron & Reeves 2005). Myös vuorovaikutustaidot vaativat kehittämistä (Wittenberg-Lyles ym. 2013). Asiakaslähtöisyyden periaatteita tulisi opettaa enemmän jo sairaanhoitajakoulutuksen yhteydessä, ja koulutuksessa pitäisi varmistaa, että opiskelijat ovat tietoisia käsitteestä ja ymmärtävät sen merkityksen käytännössä (Steenbergen ym. 2013).

Oikeanlaisella **organisaatiolla ja johtamisella** voidaan edesauttaa asiakaslähtöisen hoidon toteutumista (Esmaeili ym. 2013). Esimiehen käytös ja kannustava suhtautuminen voivat vaikuttaa paljon siihen, miten motivoitunutta henkilökunta on asiakaslähtöisyyden huomioimiseen (Esmaeili ym. 2013). Soveltuvan työympäristön tarjoaminen ja hoitajapulan huomioiminen työn suunnittelussa koettiin tärkeiksi tekijöiksi asiakaslähtöisyyden saavuttamisessa (Esmaeili ym. 2013). Ammattilaiset kokivat asiakaslähtöisen hoidon toteutumisen riippuvan paljon toimintaympäristöstä: esimerkiksi hoivakodeissa asiakaslähtöisyyden ajateltiin toteutuvan huomattavasti paremmin kuin sairaalassa (Steenbergen ym. 2013). Työntekijän kokema työhyvinvointi parantaa myös hänen tarjoamansa hoidon laatua (Suhonen, Charalambous, Stolt, Katajisto & Puro 2011). Esmaeili ja kumppanit (2013) totesivat myös, että ulkoiset tekijät kuten tulotaso voivat auttaa säilyttämään motivaation asiakaslähtöiseen työskentelyyn. **Tiimityöskentely ja moniammatillisuus** edistävät asiakaslähtöistä hoitoa (Esmaeili ym. 2013; Wittenberg-Lyles ym. 2013), ja tiimityötaidoissa kehittyminen vaatii koulutusta (Esmaeili ym. 2013).

Asiakaslähtöisen hoidon selkeä määritelmä voisi osaltaan edistää asiakaslähtöisyyden toteutumista (Mirzaei ym. 2013; Marshall ym. 2012). Hoitohenkilökunnan tulee

sisäistää asiakaslähtöisyyden merkitys ja arvot, jos asiakaslähtöisiä hoitotyön malleja halutaan toteuttaa onnistuneesti (Marshall ym. 2012). Päättäjät voisivat parantaa ja nopeuttaa asiakaslähtöisten innovaatioiden saamista käytännön työhön vakiinnuttamalla asiakaslähtöisyydestä selkeän vision, kehittämällä johtajuutta, kannustamalla innovaatioihin ja kokeiluihin sekä organisaatioiden välisellä yhteistyöllä (Reed ym. 2012). Myös asiakkaiden mielipide tulisi ottaa huomioon asiakaslähtöisyyttä määriteltäessä (Marshall ym. 2012).

6.2 Asiakaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä

Yleisesti tunnettu ja hyväksytty kansainvälinen **määritelmä asiakaslähtöisestä hoitotyöstä ja sen sisällöstä** puuttuu, mistä johtuen asiakaslähtöinen hoito ymmärretään eri tavoin eri maissa ja kulttuureissa (Edwards ym. 2014; Mirzaei ym. 2013; Steenbergen ym. 2013; Kjörnsberg ym. 2010; Kvåle & Bondevik 2008). Asiakaslähtöinen hoito on myös **käsitteenä tuntematon** niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin asiakkaidenkin keskuudessa. Sekä potilaiden että hoitotyön ammattilaisten on havaittu olevan tietämättömiä siitä mitä asiakaslähtöinen hoito voisi olla (Steenbergen ym. 2013; Marshall ym. 2012). Heidän näkemyksensä asiakaslähtöisestä hoidosta saattavat myös erota toisistaan (Berghout ym. 2015) ja toisaalta potilaiden on havaittu olevan tyytyväisiä hoitoon, joka ei täytä asiakaslähtöisyyden tunnusmerkkejä, mikä paljastaa erilaisten asiakaslähtöisyyden toteutumista mittaavien hoitotyytyväisyyskyselyjen rajoitukset (Edwards ym. 2014; Marshall ym. 2012). Asiakkaiden tietämättömyys asiakaslähtöisen hoidon käsitteestä voi myös kertoa siitä, että asiakkaat ovat jääneet ulkopuolelle keskustelussa asiakaslähtöisyydestä ja toisaalta myös siitä etteivät he koe aihetta riittävän tarpeellisena (Marshall ym. 2012). Myös **asiakkaiden ennakokäsitykset ja -oletukset hoidosta** vaikuttivat heidän odotuksiinsa: ymmärrys työntekijöiden suuresta työmäärästä, pitkistä odotusajoista ja hoitoympäristön puutteista koettiin negatiivisina, mutta niille alistuttiin hyväksyen ne odotusten mukaisina (Edwards ym. 2014; Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012).

"It is a hospital after all. It's not a five star restaurant." (Edwards ym. 2014)

Vaikka asiakaslähtöisyys koetaan yleisesti hyväksyttävänä ja tavoiteltavana toimintatapana, puuttuvat selkeät tavoitteet ja suunnitelmat sen käyttöönottamiseksi sekä kriteerit toiminnan arviointiin (Gill ym. 2014; Esmaeili ym. 2013; Mirzaei ym. 2013). Ongelmana nähdään myös asiakaslähtöisen hoidon tarjoamisen jääminen vain puheen tasolle (Esmaeili ym. 2013).

Tutkimuksissa kävi ilmi, että muun muassa hoitajien vanhentunut osaaminen, puutteelliset taidot teoriaosaamisen viemiseksi konkreettiseen työhön ja täsmällisen näkemyksen puuttuminen tarjoamastaan hoidosta vaikuttivat heikentävästi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen (Esmaeili ym. 2013). Hoitajat myös kokivat tarvitsevänsä **lisää koulutusta** hoitotyön alueilla, jotka vaikuttavat suoraan hoidon asiakaslähtöisyyteen, kuten potilaiden huolten ja ahdistuksen käsittelyssä sekä kivun arvioinnissa (West ym. 2005).

Kokonaisvaltaisen näkemyksen puuttuminen hoitotyössä on yksi tärkeä tutkimuksissa esiin noussut asiakaslähtöisyyden toteutumista estävä tekijä. Hoidossa keskitytään kapeakatseisesti ja asiantuntijälähtöisesti käsillä olevaan ongelmaan ja keskustelulle ja asiakkaan elämäntilanteen huomioimiselle ei jää juurikaan aikaa (Mirzaei ym. 2013; Kääriäinen ym. 2005). Yhtenä selittävänä tekijänä hoidon kapeakatseisuudelle pidettiin riittämätöntä henkilöstöä ja pitkälle vietyä erikoistumista (Mirzaei ym. 2013). Potilaat kokivat, että heidän yksilöllisyyttään huomioitiin parhaiten kliinisessä hoitotilanteessa ja heikoiten elämäntilanteen huomioinnin osalta (Suhonen ym. 2013). Terveystieteiden ammattilaisten keskuudessa paljon painoarvoa annetaan hoidon tuloksille ja esimerkiksi lääkäreiden keskuudessa toimenpiteen onnistumista ja sen avulla saavutettuja tuloksia pidettiin potilaalle hoidossa merkityksellisimpänä asiana. Hoitoa tarjoava osapuoli määrittelee hoidon kapeammin kliinisen hoidon tarjoamiseksi, kun taas asiakkaat käsittävät hoidon laajemmalla mittakaavalla.

(Berghout ym. 2015.) Lisäksi asiakkaat sisällyttävät hoitokokemukseen myös hoitoon pääsyä edeltävän ja sen jälkeisen ajan, kun taas ammattilaisten näkemys kokemuksesta rajoittuu hoidossa oloa koskevaksi ajaksi (Edwards ym. 2014). Asiakkaat kokivat usein, ettei heidän sosiaalisen tilanteensa, kuten perheen ja työn vaikutuksista sairauden hoitoon kysytty heiltä (Kuusisto, Koskela, Nykänen & Kumpusalo 2013). Myös terveydenhuollon ammattilaisille tehdyn haastattelututkimuksen tuloksissa (Berghout ym. 2015) asiakkaan perheen ja ystävien merkityksen huomiointi jäi vähäiseksi. Ammattilaiset eivät aina näe perhettä ensisijaisena asiana asiakaslähtöisessä hoidossa; tutkimuksessa perheen ja ystävien ajateltiin olevan ennalta esitetyistä asiakaslähtöisyyden ominaispiirteistä vähiten tärkeä. (Berghout ym. 2015.)

Tutkimuksista kävi ilmi, että ***asiakkaat eivät tunne olevansa riittävästi osallisena hoitoaan koskevaan päätöksentekoon***. Rajalliset mahdollisuudet osallistumiseen heikentävät asiakaslähtöisyyden kokemusta. Asiakkailta oli tutkimuksissa kokemuksia siitä, kuinka heidän näkemyksensä eivät vaikuttaneet hoitopäätöksiin ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät luottaneet heidän tietoonsa oman sairautensa merkeistä ja oireista. (Murphy ym. 2015; Mirzaei ym. 2013; Reeve, Lynch, Lloyd-Williams & Payne 2012.) Asiakkaat kokivat myös, ettei heiltä kysytty tai heitä ei rohkaistu ilmaistamaan omaa mielipidettään hoidosta tai heiltä ei kysytty mistä he haluaisivat keskustella sairauteensa liittyen (Murphy ym. 2015; Kuusisto ym. 2013; Kvåle & Bondevik 2008). Asiakkaat haluaisivat paremmat mahdollisuudet osallistumiseen ja kommunikointiin, jolloin he tuntisivat olevansa osallisia hoitoonsa sen sijaan, että olisivat passiivisia vastaanottajia, voimattomina ja ilman tunnetta asioidensa hallinnasta (Marshall ym. 2012). Kommunikaation merkitystä korostaa se, että ammattilaiset eivät ole useinkaan tietoisia siitä mitkä asiat ovat potilaalle ja hänen läheisilleen merkityksellisiä sairaalassa ollessa (Edwards ym. 2014). Myöskään hoitosuunnitelma ei ole välttämättä potilaan näkökulmasta tehty ja se saattaa olla sisällöltään mahdoton potilaan jokapäiväisessä elämässä toteutettavaksi (Kuusisto ym. 2013).

Asiakaslähtöisyyden toteutumista heikentävänä tekijänä tutkimuksissa tuli esiin **ongelmat moniammatillisessa tiimityöskentelyssä** sekä hoitavassa yksikössä että eri yksiköiden välillä (Esmaeili ym. 2013; Wittenberg-Lyles ym. 2013). Tiimityön puutteellinen ymmärrys ja koordinointi sekä epätasa-arvoiset suhteet hoitajien ja lääkäreiden välillä aiheuttavat hoidon viivästymistä ja heikentävät sen laatua (Esmaeili ym. 2013). Tiedonkulun riittämättömyys terveydenhuollon tiimeissä ja puutteellisesti määritetyt, epäselvät roolit vaikeuttavat toiminnan sujuvuutta. Esimerkiksi oletukset toisen ammattiryhmän osaamisesta ja työnkuvasta johtavat puutteelliseen ohjeistukseen hoitoprosesseista ja toimintatavoista. (Wittenberg-Lyles ym. 2013.)

Ammattilaisten ja potilaiden välisessä **vuorovaikutuksessa** ja potilaiden saamassa heidän sairauttaan ja sen hoitoa koskevassa **tiedonannossa havaittiin puutteita**, mitkä nähtiin merkittävänä esteenä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Potilaat toivoivat, että diagnoosin hetkellä terveydenhuollon ammattilaiset käyttäisivät enemmän aikaa sairauden luonteesta ja sen aiheuttaneista syistä kertomiseen (Murphy ym. 2015). Epäyhteneväisyydet terveydenhuollon eri henkilöiden antamissa tiedoissa johtivat kommunikaatio-ongelmiin asiakkaiden ja työntekijöiden välillä (Wittenberg-Lyles ym. 2013) ja esimerkiksi hoitoon liittyvistä ongelmista, kuten kivusta etukäteen potilaalle kertomisessa oli puutteita (Edwards ym. 2014). Hoitajat kokivat vaikeiden uutisten potilaalle kertomiseen liittyvät tilanteet suurimmiksi huolenaiheiksi kommunikaation saralla (Wittenberg-Lyles ym. 2013). Potilailla oli kokemuksia riittämättömästä tiedonsaannista, neuvonnasta ja sosiaalisen tuen saannista. He kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa pystyäkseen osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, omahoitoon tai tekemään elämäntapamuutoksia. (Murphy ym. 2015; Mirzaei ym. 2013.) Myös ohjausmateriaalin saatavuudessa oli puutteita (Murphy ym. 2015).

Yhtenä asiakaslähtöisen hoidon esteenä tulivat esiin **asiakkaan puutteellinen emotionaalinen tukeminen ja kunnioittaminen**. Asiakkaila oli kokemuksia riittämättö-

mästä ymmärryksestä ja emotionaalisen tuen saamisesta sekä vähäisestä itsenäisyyden tukemisesta (Murphy ym. 2015; Kääriäinen ym. 2005). Puutteet itsenäisyyden kunnioittamisessa heikensivät usein kommunikaation totuudenmukaisuutta (Edwards ym. 2014). Potilaiden kohtaamat negatiiviset asenteet terveydenhuollon ammattilaisten taholta estivät luottamuksen ja avoimuuden syntymistä ja vaikka potilailla olisi ollut kysymyksiä, he eivät uskaltaneet esittää niitä (Murphy ym. 2015). Potilaat, jotka kyseenalaistivat ammattilaisten näkemyksiä ja esittivät hoitoonsa liittyviä kysymyksiä, kokivat olevansa hankalia asiakkaita (Kvåle & Bondevik 2008). Kehonkielen merkitys tulisi huomioida esimerkiksi kiireisissä tilanteissa, jotta asiakkaalle ei tulisi sellainen olo, ettei hän voi ottaa kontaktia henkilökuntaan. Potilaiden kokiessa esteisyyttä omien tarpeidensa ilmaisuun hoidon laatu heikkenee ja potilaat ovat tyytymättömiä saamaansa hoitoon. (Gill ym. 2014.) Kvålen ja Bondevikin (2008) tutkimuksen mukaan potilaat eivät edes odota saavansa kunnioittavaa kohtelua sairaalassa terveydenhuollon ammattilaisten taholta, toisin kuin kohdatessaan ihmisiä muualla yhteiskunnassa, mikä tutkimuksessa tulkitaan johtuvaksi siitä, että jotkut potilaista omaksuvat sairaan roolin, jonka he ajattelevat kuuluvan potilaalle.

Esmaeilin ym. (2013) hoitajille tekemässä haastattelututkimuksessa tuli esiin myös **ongelmat henkilökunnan asenteissa**, kuten kiinnostuksen tai motivaation menettäminen työtä kohtaan, rajoittuneet näkemykset ja vastuuttomuus tai oman edun tavoittelu asiakkaan edun sijaan, jotka voivat vaikuttaa heikentävästi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen.

Yksilöllistä ja asiakaslähtöistä hoitoa on mahdotonta tarjota, mikäli hoidossa pitäydytään **rutiininomaisissa ja kaavamaisissa, organisaatiolähtöisissä malleissa** (Edwards ym. 2014; Esmaeili ym. 2013; Suhonen ym. 2013). Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta oman työnsä hallintaan ja **byrokraattinen hoitoympäristö** rajoitti päätöksentekoa hoitajatasolla (Charalambous ym. 2014). Asiakkaat myös kokivat hoitojärjestelmän jäykäksi ajanvarauksen ja muutosten tekemisen suhteen sekä ylipäänsä hoitoon pääsyn kelpoisuuskriteerit koettiin liian jäykiksi (Mirzaei ym. 2013).

Tekninen ja jäykkä hoitokulttuuri myös esti hoidon toteutumisen riittävän henkilökohtaisella tasolla (Reeve ym. 2012). Hoitajien näkemyksen mukaan rutiinien muuttaminen ja työntekijöiden uudelleenasetoituminen työtä kohtaan koettiin pitkäliseksi muutosprosessiksi (Kjörnsberg ym. 2010).

Selkeänä esteenä asiakaslähtöisen hoidon toteutumiselle tutkimuksissa nousi esiin **puutteet resursseissa**. Käytettävissä oli liian vähän aikaa ja henkilökunnan määrä oli liian pieni (Esmaeili ym. 2013; Mirzaei ym. 2013; Steenbergen ym. 2013; Marshall ym. 2012; Reed ym. 2012; Kjörnsberg ym. 2010; West ym. 2005). Sekä henkilökunta että asiakkaat näkivät puutteet resursseissa ongelmana. Asiakkaat kokivat, että henkilökuntaa oli liian vähän ja heillä oli liian paljon tehtävää käytettävissä olevaan aikaan nähden (Gill ym. 2014; Mirzaei ym. 2013; Marshall ym. 2012). Kiireen näkeminen vaikutti asiakkaisiin siten, etteivät he hienotunteisuuttaan halunneet vaivata henkilökuntaa ilmaisemalla tarpeitaan tai esittämällä kysymyksiä (Murphy ym. 2015; Gill ym. 2014). Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa työn tekemiseen ja että henkilökuntaa tarvittaisiin enemmän (Kjörnsberg ym. 2010). Emotionaalisen tuen antaminen jäi usein kiireen jalkoihin ja hoitotarvikkeiden saatavuudessa oli ollut ongelmia ja niiden etsimiseen ja lainaamiseen toisilta osastoilta kului usein paljon aikaa (West ym. 2005). Myös työmäärän kasvaminen ja varsinaiseen hoitotyöhön kuulumattomien tehtävien lisääntyminen veivät aikaa asiakaslähtöiseltä hoitotyöltä (Esmaeili ym. 2013). Asiakaslähtöisen hoitotyön omaksuneissa terveydenhuollon organisaatioissa tehdyssä tutkimuksessa esiin tuli myös innovaatiota estävänä tekijänä resursien vaje henkilöstössä, varallisuudessa, informaatioteknologiassa sekä luovuudessa (Reed ym. 2012).

Asiakaslähtöisen hoidon tarjoamisen esteenä ovat usein **hoito-organisaation ja johtamisen ongelmat**, joten muutoksen kohti asiakaslähtöisempää hoitoa tulee lähteä organisaatiotasolta. Se on aikaa vievä ja vaiheittain toteutettava muutosprosessi (Kjörnsberg ym. 2010), joka vaatii muutoksia työskentelyolosuhteisiin, hoitotyön organisointiin, rakenteeseen ja prosesseihin sekä johtamiseen (Charalambous ym.

2014). Muutosta estävät muun muassa vastahakoisuus ja muutosvastarinta sekä pelko siitä, että asiakaslähtöisempi hoito kuormittaisi entisestään terveydenhuoltojärjestelmää ja nostaisi kuluja (Reed ym. 2012). Työyhteisön tasolla johtotasolta tulevan rohkaisun, tukemisen ja esimerkillisestä työskentelystä palkitsemisen puuttuminen nähdään motivaatiota heikentävänä ja asiakaslähtöistä hoitoa estävänä tekijänä, kuten myös epäselvät tehtävät, toimintatavat ja -ohjeistukset, matala palkkaus sekä epäolennaisten tehtävien lisääntyminen hoitotyössä (Esmaeili ym. 2013).

Fyysinen hoitoympäristö koettiin ongelmallisena sekä potilaiden että hoitajien keskuudessa. Hoitajat näkivät tilat liian ahtaina ja huonosti suunniteltuina. Hoitotarvikkeiden säilytykseen lähellä työtä ei ollut riittävästi tilaa, jolloin niiden hakemiseen muilta osastoilta joutui käyttämään aikaa, joka oli taas pois itse hoitotyöstä. Tilat koettiin myös meluisina ja niiden puhtaudessa oli puutteita. (West ym. 2005.) Hoitajat kokivat, että jos halutaan ottaa muutos kohti asiakaslähtöisemmän hoidon tarjoamista, täytyy osastoja uudistaa toimivammaksi ympäristöksi (Kjörnsberg ym. 2010). Potilaat kokivat hoitoympäristön persoonattomaksi ja kovaksi paikaksi, joka linkittyi heidän mielessään hoitoprosesseihin (Marshall ym. 2012). Sairaalassa olo vaikutti fyysisen mukavuuden kokemukseen; potilaat tunsivat olevansa usein nälkäisiä ja he kokivat, etteivät pysty nukkumaan kunnolla (Edwards ym. 2014; Marshall ym. 2012). Huoneen jakaminen toisen potilaan kanssa sekä melu koettiin hankalina (Gill ym. 2014).

7 Pohdinta

Asiakaslähtöisten hoitotyön toimintamallien kehittäminen edellyttää ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä ilmiönä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkimustietoa toimintatapojen kehittämisen avuksi. Työn tarkoitus oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla, mitkä piirteet ja toimintatavat tekevät hoitotyöstä asiakaslähtöistä. Tuloksissa

kuvattiin asiakaslähtöisyyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä asiakkaiden sekä ammattilaisten näkökulmasta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Aiempien tutkimusten perusteella asiakaslähtöisen hoitotyön ulottuvuuksina mainittiin asiakkaan arvostus ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, valinnanvapaus, hoidon kokonaisvaltaisuus ja yhteneväisyys, vuorovaikutteisuus, osallisuus ja tiedonanto, tasavertaisuus, fyysinen mukavuus ja turvallisuus, emotionaalinen tuki ja ahdistuksen lievittäminen, perhekeskeisyys sekä hoidon jatkuvuus (Pelzang 2010; Leino & Pennanen 2008; Niemi 2006). Kaikki edellä mainitut ulottuvuudet nousivat esille asiakaslähtöisyyttä edistävinä tekijöinä myös tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Lisäksi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttivat henkilökunnan sekä asiakkaiden itsensä asenteet, odotukset ja ominaisuudet. Tuloksissa näkyi vahvasti myös työyhteisön ja organisaatiotason tekijöiden positiivinen tai negatiivinen vaikutus: johtaminen, tiimityöskentely ja moniammatillisuus, henkilökunnan koulutus ja työkokemus, hoitojärjestelmän byrokraattisuus ja rutiininomaisuus, sekä saatavilla olevat resurssit.

Yksilöllisyys tarkoittaa asiakkaan persoonallisuuden hyväksymistä, asiakkaan sisällyttämistä hoidon päätöksentekoprosessiin, hänen tarpeidensa kuuntelemista ja tunnistamista sekä luottamuksellisuuden säilyttämistä hoitosuhteessa (Pelzang 2010, 914). Yksilöllisen hoidon teorian mukaan hoitotyössä tulisi ottaa huomioon ihmisen yksilöllinen elämäntilanne kuten työtilanne, harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, suhtautumistapa sairauteen (Suhonen 2012). Tulosten perusteella asiakkaiden itsensä näkemysissä korostui tarve tulla kohdatuksi ja kunnioitetuksi ihmisenä ja yksilönä (esim. Edwards ym. 2014; Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012; Kvåle & Bondevik 2008). Huomionarvoista on, että vain yhdessä tutkimuksessa nousi esiin ammattilaisten näkökulmasta tarve kohdella asiakasta ainutlaatuisena yksilönä, joka ei ole pelkästään po-

tilas (Edwards ym. 2014). Ammattilaisten näyttäisi siis olevan vaikeaa suhtautua potilaaseen tasavertaisena ihmisenä. Yksi syy tähän on varmasti sairaalan ja muiden laitosten jäykät rutiinit, sekä ammattilaisten ja asiakkaiden erilaisen aseman korostuminen muun muassa vaatetuksen ja muiden ulkoisten tekijöiden kautta. Ammattihenkilölähtöisestä ajattelutavasta ei ole päästy eroon, joskin avopuolella yksilöllisyyden huomioiminen vaikuttaisi toteutuvan sairaalamaailmaa paremmin. Tulokset tukevat ajatusta siitä, että hoidon yksilöllistä räätälöintiä olisi syytä edelleen kehittää. Kuten Leväsluoto ja Kivisaari (2012) ehdottavat, kenties potilas sanan käyttö pitäisi korvata kokonaan sanalla asiakas, mikä edistäisi asennemuutosta. Myös henkilökunnan koulutus sekä jokaisen ihmisen elämäntilanteeseen perehtyminen hoitojakson alussa voisivat edistää yksilöllisyyden toteutumista.

Ihannetilanteessa yksilöllinen hoito perustuu ammattilaisen ja asiakkaan väliseen jaettuun päätöksentekoon, jossa ammattilainen tukee asiantuntemuksellaan asiakasta tekemään perusteltuja valintoja (Pelzang 2010). Jaettu päätöksenteko ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden säilyttäminen nousivat esiin merkittävänä asiakaslähtöisyyden osa-alueina kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Asiakkaat toivoivat mahdollisuutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Marshall ym. 2012), sekä kannustavaa ilmapiiriä toiveidensa esittämiseen (Kvåle & Bondevik 2008). Ottamalla huomioon asiakkaan toiveet ja antamalla hänelle mahdollisuuden päätöksentekoon asiakkaan osallisuuden ja hallinnan tunteet vahvistuvat (Marshall ym. 2012). Myös terveydenhuollon ammattilaiset tunnistivat tiedonannon, hyvän kommunikaation ja jaetun päätöksenteon merkityksen asiakkaan hoitoon sitoutumisessa (Esmaeili ym. 2013; Mirzaei ym. 2013; Steenbergen ym. 2013; Kjörnsberg ym. 2010; Kääriäinen ym. 2005). Vaikka molemmat osapuolet tiedostivat asian merkityksellisyyden, on asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiselle runsaasti esteitä, jotka johtavat hoidon yksilöllisyyden heikkenemiseen. Edellytyksiä asiakkaan tarpeiden huomioimiselle olivat muun muassa ammattilaisen mahdollisuus antaa aikaa asiakkaan kuulemiselle (Kvåle & Bondevik 2008) sekä kyky asettaa hänen tarpeensa etusijalle hoidossa (Berghout ym. 2015). Kiire sekä ammattilaisten asenteet saattavat estää asiakkaan

omien mielipiteiden kuulemisen. Kenties ammattilaisten on vaikea luopua vastuusta ja luottaa asiakkaan omaan harkintakykyyn. Ammattilaiset mahdollisesti pelkäävät auktoriteettinsa menettämistä ja kokevat, ettei heidän asiantuntemuksellaan ole arvoa, jos asiakas itse tekee lopulliset päätökset. Olisiko ammattilaisten näkemyksiä mahdollista muuttaa siten, että he ymmärtäisivät oman osaamisensa arvon asiakkaan tukijana ja rinnalla kulkijana? Jaetussa päätöksenteossa asiakas tekee perusteltuja ratkaisuja pohjautuen saamaansa tietoon ja tukeen. Myös Oma Kanta -palvelu on yksi tapa lisätä asiakkaan mahdollisuuksia saada tietoa ja osallistua omaan hoitoonsa.

Hoidon kokonaisvaltaisuus, eli asiakkaan huomioiminen fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena ja hänen elämäntilanteen huomioon ottaminen hoitotyössä, on yksi asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista (Rautava-Nurmi ym. 2012; Pelzang 2010). Tulosten perusteella asiakkaan tilannetta saatetaan huomioida kuitenkin kapeakatseisesti, usein vain yksittäisen oireen hoitamisen kannalta (Mirzaei ym. 2013; Kääriäinen ym. 2005). Edwardsin ym. (2014) tutkimuksessa lääkärit uskoivat, että hoidon lopputulos eli leikkauksen onnistuminen oli asiakkaalle tärkein yksittäinen tekijä hoitojakson aikana, kun taas potilaat itse eivät haastatteluissa maininneet leikkausta ensinkään. Selittäväksi tekijöiksi arveltiin puutteellisia henkilöstöresursseja, sekä henkilökunnan erikoistunutta ja kapea-alaista osaamista (Mirzaei ym. 2013). Terveystenhoidon perustehtävää ei tuki tule unohtaa – sairauden paraneminen ja hoidon onnistunut lopputulos ovat asiakkaalle ensisijaisen tärkeitä. Luultavasti tämä ei noussut esille asiakkaiden vastauksissa, sillä he kokivat sen itsestään selvänä osana hoitoa. Ammattilaiset eivät kuitenkaan aina ymmärrä, mitkä asiat hoitoprosessin aikana ovat asiakkaan näkökulmasta todella merkityksellisiä. Siirtyminen tiukasti erikoisalojen mukaan rajatusta hoidosta moniammatilliseen, ihmisen kokonaisuutena huomioivaan hoitojärjestelmään tuntuisi olevan tärkein ratkaisu tähän haasteeseen. Keski-Suomen uuden sairaalan tavoitteena onkin yhdistää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen palvelut sujuvaksi kokonaisuudeksi, joka muodostaa yhtenäisen ja potilaslähtöisen palvelukokonaisuuden lähipalveluiden kanssa.

Esimerkiksi poliklinikkatoiminnassa tullaan yhdistämään nykyisiä erikoisaloja, ja uudesta kuumasta sairaalasta tulee kaiken kiireellisen ja kriittisen hoidon kattava kokonaisuus. (Uuden sairaalan suunnittelu, 2015.) Tulosten perusteella nämä uudistukset vaikuttavat oikeansuuntaisilta.

Perheen huomioimisen merkitys nousi esiin tutkimuksessa, jossa kartoitettiin sydänosaston potilaiden omaisten kokemuksia osaston uusista, asiakaslähtöisistä toimintatavoista (Ewart ym. 2014). Omaiset toivoivat enemmän mahdollisuuksia osallistua perheenjäsenensä hoitoon sairaalassakin. He kokivat läsnäolonsa tuovan lohtua sairastavalle, ja että heillä oli annettavanaan hoidon kannalta merkityksellistä tietoa (Ewart ym. 2014). Terveystenhuollon ammattilaisten näkemyksissä potilaan perhettä ja sosiaalista piiriä ei kuitenkaan huomioitu tai pidetty merkityksellisenä asiakaslähtöisen hoidon kannalta. Päinvastoin, eräässä tutkimuksessa jopa todettiin, että ammattilaiset pitivät perheen huomioimista annetuista asiakaslähtöisyyden osa-alueista vähiten tärkeänä (Berghout ym. 2015). Sairaala ei Suomessa perinteisesti ole ympäristö, jonne perhe tulee viettämään aikaa, ja osastoilla saattaa olla tarkat vierailuajat. Jos ammattilaiset eivät hoidon aikana tapaa asiakkaan läheisiä ihmisiä, he voivat jäädä etäisiksi ja vaikeaksi mieltää osana asiakkaan elämää. Kenties yksi syy on resurssien niukkuus, jolloin ammattilaisten aika ja voimavarat eivät riitä perheenjäsenten huomioimiseen. Myös tietosuojakäytännöt saattavat olla yksi mahdollinen syy siihen, että perheenjäsenten on vaikea osallistua hoitoon. Perhe tulisi kuitenkin nähdä merkittävänä voimavarana hoidossa asiakkaan sitä toivoessa. Perheenjäsenten osallistuminen esimerkiksi lääkärinkierrolle asiakkaan niin halutessa pitäisi mahdollistaa paremmin. Uudessa sairaalassa potilashuoneet tulevat olemaan yhden hengen huoneita, mikä tulee varmasti lisäämään perheenjäsenten läsnäoloa sekä luontevaa osallistumista hoitoon.

Ammattilaisen ominaisuudet, kuten sitoutuneisuus ja vuorovaikutustaidot, ovat yksi edellytys asiakaslähtöiselle hoidolle (McCormack & McCanen 2006). Tämä ilmeni myös kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Ammattilaisen asenne ja vuorovaikutustaidot

ovat ratkaisevassa asemassa, jotta asiakas kokee saamansa hoidon olevan laadukasta, ja jotta yksilöllistä hoitoa edellyttävä tiedonanto puolin ja toisin toteutuu (Elo-ranta ym. 2014; Suhonen 2012). Ammattilaisten asenteisiin pystytään tulosten perusteella vaikuttamaan myös hoito-organisaation ja johtamisen kautta. Oikeanlaisen johtamisen, työhyvinvoinnin huomioimisen ja kannustavan suhtautumisen nähtiin vaikuttavan muun muassa hoitajien motivoitumiseen asiakaslähtöisiin toimintatapoihin (Esmaeili ym. 2013). Avoin ja sujuva vuorovaikutus on asiakaslähtöisen hoidon toteutumisen kulmakiviä ja erityisen tärkeää asiakkaan ja ammattilaisen jaetun päätöksenteon kannalta. Esimerkiksi hoitosuunnitelmaa tehdessä asiakkaalle tulisi antaa mahdollisimman paljon hänen terveydentilaansa koskevaa tietoa ja kertoa, kuinka hän pystyy omilla valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttamaan terveyteensä. Asiakkaan tekemät päätökset, hänen toiveensa ja näkemyksensä hoidosta sekä hänen elämäntilanteensa tulisi ottaa huomioon hoidon suunnittelussa ja kirjata suunnitelmaan. Ammattilaisten asenteita ohjaa muun muassa se, miten he arvottavat asioita. Terveystieteiden ammattilaisten onkin tärkeää pohtia mitä he pitävät tärkeänä, omia asenteitaan ja kuinka nämä vaikuttavat työhön. Mikäli yksikössä on tarkoituksena panostaa asiakaslähtöisyyteen, on esteitä sen toteutumiselle aktiivisesti karsittava. Lisäksi asiakaslähtöisyyttä edistävien toimintatapojen tuominen jokaisen tietoisuuteen ja niissä opastaminen ja kannustaminen olisivat varmasti merkittävä askel kohti asiakaslähtöisempää toimintaa. Ehkä panostaminen työyhteisön houkuttelevuuteen magneettisairaala -mallin tavoin voisi osaltaan lisätä ammattilaisten motivaatiota ja tätä kautta hoidon asiakaslähtöisyyttä.

Tulosten perusteella moniammatillisen tiimityöskentelyn sujuvuus on yksi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttava osatekijä. Tiimityöhön koettiin tarvittavan lisää koulutusta. Puutteet hoidon koordinoinnissa ja tiedonkulussa eri tahojen välillä, roolien jääminen epäselviksi sekä vääränlaiset oletukset toisista ammattiryhmistä heikensivät hoidon sujuvuutta ja laatua (Esmaeili ym. 2013, Wittenberg-Lyles ym. 2013). Tiimityöskentely ja sujuva tiedonkulku ovat merkityksellisiä myös hoidon jat-

kuvuuden kannalta tilanteissa, joissa potilaan hoito jatkuu uudessa yksikössä (Pelzang 2010, 914). Työelämässä sairaanhoitaja ja lääkäri muodostavat usein työparin. Yhteistyötä erityisesti näiden ammattiryhmien välillä olisi hyvä harjoitella jo opiskelujen aikana. Näin molempien tietämys toisen ammattiryhmän työnkuvasta ja osaamisesta lisääntyisi, jolloin yhteistyö olisi sujuvampaa. Myös työpaikoilla järjestettävät koulutukset ja harjoitukset tiimityöskentelystä voisivat tehdä yhteistyöstä luontevampaa. Asiakkaalle merkityksellistä on muun muassa se, että häntä hoitava tiimi on tietoinen hoitoon vaikuttavista asioista ja antaa yhdenmukaista tietoa. Potilaan siirtyessä toiseen yksikköön annetaan hänestä raportti, jonka avulla edistetään erityisesti potilasturvallisuutta. Ehkä raportissa voitaisiin huomioida myös potilaan yksilöllisiä toiveita ja näkemyksiä ja viedä näin asiakaslähtöisempää näkökulmaa eteenpäin.

Muun muassa toipumista edistävän ympäristön ylläpitäminen sekä hyvä perushoito luovat asiakkaalle kokemuksen fyysisestä mukavuudesta ja turvallisuudesta (Pelzang 2010, 914). Myös McCormackin ja McCanen (2006) mukaan hoitoympäristön soveltuvuus on yksi neljästä ehdosta, joiden puitteissa asiakaslähtöistä hoitoa on mahdollista toteuttaa. Analysoidussa aineistossa asiakkaat toivat esille fyysisen mukavuuden ja hoitoympäristön merkityksen. Asiakkaat mielsivät hoitoympäristön usein persoonattomaksi, ja kokivat muun muassa melun tai huoneen jakamisen toisen potilaan kanssa epämukavaksi (Edwards ym. 2014; Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012). Ammatillaiset tunnistivat hoitoympäristön viihtyisyyden ja toimivuuden merkityksen vain omasta näkökulmastaan (esim. Murphy ym. 2015; Kjörnsberg ym. 2010). Hoitajille merkityksellistä oli se, että ympäristö soveltuu käyttöönsä hyvin ja on toimiva (Kjörnsberg ym. 2010). Uudessa sairaalassa hoitoympäristöä muutetaan toimivammaksi. Huoneista tulee yhden hengen huoneita, ja tietojärjestelmät on tarkoitus uusia niin, että ne huomioivat sekä ammattilaisen että asiakkaan tarpeet. Tilojen toimivuuden lisäksi uuden sairaalan suunnittelussa on otettu huomioon tilojen viihtyisyys ja esteettisyys. (Uuden sairaalan suunnittelu 2015.) Fyysiseen mukavuuteen liittyen asiakkaan kanssa on hyvä keskustella ja yhteistyössä sopia muun muassa siitä, mil-

laista apua hän tarvitsee päivittäisissä toiminnoissaan. Kuntouttavaan toimintaan liittyen omatoimisuutta on hyvä tukea mahdollisimman paljon ja pyrkimystä siihen on järkevää perustella.

Koivuniemen ja Simosen (2011) mukaan terveydenhuollon perustehtävä tulisi olla ihmisen elämänlaadun parantaminen ja tukeminen niin, että hän pärjää mahdollisimman hyvin arjessa. Berghoutin ym. (2015) tutkimuksessa nousi esille samankaltainen ajattelutapa. Terveydenhuollon tehtävä tulisi käsittää laajasti asiakkaiden elämänlaadun parantamisena eikä ainoastaan yksittäisen oireen hoitona. Asiakaslähtöisyys tulisi nähdä laajasti hoitokulttuurina, jossa jokainen asiakas kohdataan arvokkaana yksilönä ja jossa asiakas itse on aktiivinen toimija (Virtanen ym. 2011). Monissa tämänkin kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa asiakaslähtöisyys näytettiin rinnastavan suoraan hyvään ja laadukkaaseen hoitoon, mitä se ei kuitenkaan yksinään ole (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29). Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella puutteellista ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä voitaisiin parantaa määrittelemällä asiakaslähtöisen hoidon sisältö tarkemmin, ottamalla asiakaslähtöisyys osaksi hoitotyön koulutusta ja tarjoamalla työpaikoilla koulutusta asiakaslähtöisen hoidon toteuttamisesta. Asiakkaiden kanssa voitaisiin keskustella asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi tärkeistä tekijöistä hoitajakson alussa. Myös erilaisiin ongelmiin, kuten hoidon asiantuntijakeskeisyyteen, tiimityön ongelmiin, sekä puutteisiin vuorovaikutuksessa, tiedonannossa ja asiakkaan tukemisessa, pystyttäisiin todennäköisesti ainakin jossain määrin vaikuttamaan koulutuksen avulla.

Monissa Keski-Suomen keskussairaalan yksiköissä on käytössä potilaan kokonaishoidon malli, yksilövastuisen hoitotyön muunnelma, jossa yksi hoitaja vastaa potilaan hoidosta yhden työvuoronsa ajan. Yksilövastuisessa hoitotyön mallissa hoitajalla on paljon vastuuta, sekä toisaalta mahdollisuuksia suunnitella työskentelynsä itsenäisesti. Yksilövastuinen malli itsessään ei takaa hoidon asiakaslähtöisyyttä, mutta se luo hyvät mahdollisuudet joustavalle ja yksilölliselle hoidolle, jos vain organisaatiossa tai

työyksikössä on halua panostaa siihen. Hoitotyön mallit ovat kuitenkin aina organisaatiolähtöisiä tapoja järjestää hoitotyötä. Sen sijaan, että keskitytään miettimään miten käytännön hoitotyö tulisi järjestää organisaation tai yksikön näkökulmasta, huomio tulisi siirtää asiakkaaseen ja hänen yksilöllisiin toiveisiinsa. Tulosten perusteella asiakkaan kokemus hänen saamansa hoidon yksilöllisyydestä voi olla hyvinkin pienistä asioista kiinni, kuten ihmisen kutsumisesta hänen omalla nimellään (Kvåle & Bondevik 2008), tai mahdollisuudesta vaikuttaa huonetoverin valintaan (Gill ym. 2014). Jos yksikössä pitäydytään tiukasti valitussa hoitotyön mallissa, vakiintuneet toimintatavat voivat olla esteenä hoidon räätälöinnille.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu erityisesti tutkimusprosessin tarkkaan ja kaikki vaiheet kattavaan kuvailuun (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin luotuja kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007, 129) tai riippuvuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tässä opinnäytetyössä aineiston haku- ja valintaprosessia, aineiston analysointivaihetta sekä saatuja tuloksia on kuvattu mahdollisimman tarkasti, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta. Tarkka kuvaus prosessista lisää myös opinnäytetyön vahvistettavuutta, sillä kuvauksen perusteella työ on toistettavissa uudelleen. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat kansainvälisiä, vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita ja ne esitetään opinnäytetyössä taulukossa, missä niiden tausta ja alkuperämaa kerrotaan. Tämä helpottaa tulosten Suomen olosuhteisiin siirrettävyyden arviointia. Refleksiivisyydestä kertoo se, että tutkija tiedostaa oman vaikutuksensa tulkintoihinsa ja tutkimuksen kulkuun (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin liittyy menetelmänä riski siitä, ovatko sen avulla saadut tulokset puhtaasti aineistosta lähtöisin ja vaikuttavatko tutkijan ennakkotiedot aiheesta aineiston tulkintaan (Tuomi & Sara-

järvi 2009, 96). Opinnäytetyön tekijät tiedostivat tämän riskin ja muodostivat sisälönanalyysivaiheessa aineistosta poimituista ilmaisuista luokkia pitäytyen puhtaasti aineistosta itsestään nousevissa aiheissa, antamatta ilmiöstä ennestään tuntemansa teoriataustan vaikuttaa analyysiprosessin kulkuun, mikä lisää tutkimuksen refleksiivisyyttä.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on valittu tarkkaa harkintaa käyttäen ja sen sisältöä tutkimuskysymyksiin peilaten. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat aineiston valintaan ja epätarkoituksenmukaisen aineiston poissulkuun, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta antamalla kaksi näkökulmaa. Kaksi opinnäytetyön tekijää mahdollisti myös jatkuvan vertaisarvioinnin ja reflektoinnin työn edetessä. Kirjallisuushaut on tehty kokonaisuudessaan luotettavissa tietokannoissa Cinahl, Academic Search Elite ja Medic.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös käsitteiden reliaabelius ja validius avulla. Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta, eli sitä kuinka eri henkilöt päätyvät samaan tulokseen tutkimusprosessissa. Tutkimuksen validius kuvaa sitä, tutkitaanko tutkimuksessa juuri sitä mitä on ollut tarkoituskin tutkia ja sopiiko käytetty tutkimusmenetelmä kohteeseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Kaksi opinnäytetyön tekijää, jotka päätyivät prosessin aikana samanlaisiin valintoihin ja tulkintoihin lisäsivät tämän kirjallisuuskatsauksen reliabiliteettia. Prosessia on myös kuvattu mahdollisimman tarkasti, niin että jälkeensä tutkimuksen pystyy eri henkilö toistamaan ja päätymään samoihin tuloksiin. Opinnäytetyöntekijät arvioivat kirjallisuuskatsauksen tutkimusaiheeseen sopivaksi tutkimusmenetelmäksi ja että tutkimuksessa on keskitytty vastaamaan tutkimuskysymyksiin parhaalla mahdollisella tavalla, mitkä ovat tutkimuksen validiteettia lisääviä tekijöitä.

Tutkimuksen eettisyyden arviointi alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta, jolloin tulisikin miettiä onko tutkimusasetelma ja – aihe eettisesti kestävä ja mikä on sen yhteiskunnallinen merkitys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tärkeää on myös miettiä miksi juuri kyseisestä aiheesta halutaan tehdä tutkimusta ja mitä sillä halutaan saavuttaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tämän opinnäytetyön tavoitteena on olla osaltaan edistämässä asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämistä ja soveltamista käytäntöön. Opinnäytetyön tekijät näkivät asiakaslähtöistä hoitoa edistävien ja estävien tekijöiden tutkimisen terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden näkökulmista tarpeellisenä uusien käytäntöjen kehittämiseksi ja yhteiskunnallisesti hyödyllisenä tutkimusaiheena. Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkimustieto saavutettiin analysoimalla aiempia tutkimuksia, joten opinnäytetyöhön ei osallistunut henkilöitä, joille tutkimuksesta olisi voinut koitua haittaa. Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat myös samat tekijät kuin tutkimuksen luotettavuuteen (Tuomi 2009, 127), joten tarkka raportointi työn kulusta ja huolellisuus sekä rehellisyys kaikissa vaiheissa kohentavat myös opinnäytetyön eettisyyttä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Saatujen tulosten perusteella asiakaslähtöisyyttä näyttäisivät edistävän etenkin asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen, jaettu päätöksenteko hoidossa, asiakkaan emotionaalinen tukeminen ja kunnioittaminen yksilönä, panostaminen vuorovaikutukseen ja tiedonantoon, sekä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen. Asiakaslähtöisyyden toteutumista ja sen soveltamista hoidossa vaikuttaisivat vastavasti estävän ongelmat edellä mainituissa asioissa, rutiininomaiset ja organisaatiolähtöiset hoitotyön mallit sekä hoitoympäristön kaavamaisuus ja byrokraattisuus. Tutkimusnäytön perusteella tultiin seuraaviin johtopäätöksiin.

- Asiakkaille on hyvin tärkeää tulla kunnioitetuksi ihmisenä ja kohdatuksi yksilönä, mutta ammattilaiset eivät aina näe tätä tarvetta. Palveluiden yksilöllistä räätälöintiä tulisi kehittää.

- Ammattilaisten tulisi omaksua uudenlainen tapa nähdä oman osaamisensa ja asiantuntemuksensa arvo. Jaetussa päätöksenteossa ammattilainen toimii asiakkaan neuvonantajana ja päätöksenteon tukijana.
- Hoidon kokonaisvaltaisuutta pitäisi kehittää. Perinteisen erikoisaloihin perustuvan jaottelun sijaan hoito pitäisi nähdä ihmisen huomioivana kokonaisuutena.
- Vakiintuneita toimintatapoja tulisi tarkastella kriittisesti. Toimitaanko yksikösämme aidosti asiakkaan ehdoilla, mitä voitaisiin muuttaa tai parantaa?
- Asiakslähtöisten toimintatapojen omaksuminen yksikön käytänteisiin vaatii koulututusta ja kannustamista oikeanlaisiin työtapoihin.
- Perheen läsnäolo voi olla merkittävä voimavara asiakkaan toipumisessa. Perheen osallistumista hoitoon tulisi helpottaa.

Tuloksissa kävi ilmi, että asiakkaiden odotukset hoidosta eivät aina ole kovin korkealla (Edwards ym. 2014; Gill ym. 2014; Marshall ym. 2012), mikä saattaa johtaa siihen, että asiakkaat eivät myöskään edellytä hoidoltaan kovin paljon. Tämä hankaloittaa asiakslähtöisen hoidon toteutumista ja kehittämistä. Jatkossa asiakslähtöistä ja yksilöllistä hoitoa voitaisiin kehittää tutkimalla asiakkaiden asenteita ja valmiuksia osallistua omaan hoitoonsa, ja kartoittamalla ennakko-oletuksia, jotka kaipaavat muutosta. Myöskään hoitohenkilökunta ei aina suhtaudu myönteisesti siihen, että asiakas tekisi itse omaa hoitoaan koskevia päätöksiä (Reed ym. 2012). Jatkossa voitaisiinkin kartoittaa esimerkiksi haastattelututkimuksen avulla hoitajien asenteita ja suhtautumista jaettuun päätöksentekoon sekä potilaiden tukemiseen itsenäisissä päätöksissä. Missä asioissa hoitohenkilökunta vielä tarvitsee asennemuutosta ja koulutusta, jotta asiakkaat saataisiin osalliseksi omaa hoitoprosessiaan? Hoitohenkilökuntaan tai asiakkaisiin kohdistuvalla haastattelututkimuksella voitaisiin myös kerätä ajatuksia ja ideoita siitä, miten tässä tutkimuksessa ilmi tulleita asiakslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä saataisiin osaksi käytännön hoitotyötä.

Lähteet

Aalto, P. & Pitkänen, A. 2013. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2012. Julkaisussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri Yhtymähallinto, Yleishallinnon vastuualue. Tampere 2013. Viitattu 1.9.2015. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=33829&GUID=%7BF9E59D58-5FA3-44B4-912D-8C0AF544F84C%7D>

Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strømseng Sjetne, I., Smith, H., & Kutney-Lee, A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, 20.

Dabney, B. W. & Tzeng, H-M. 2013. Service quality and patient-centered care. *MED-SURG nursing*, 22, 6, 359–364.

Edvardsson, D. & Innes, A. 2010. Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50, 6, 834–846.

Gerrish, K. 2000. Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 1, 91–99.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu p. Helsinki: Tammi.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenetettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25, 4, 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. p. Helsinki: WSOYpro.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2015–2020. 2015. Viitattu 14.12.2015. <http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Strategia>

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia 2015–2018. Viitattu 29.2.2016. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Hoitotyö_KeskiSuomen_sairaanhoitopiiriss%2844750%29

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva Hoitotyö*, 11, 2, 44–46.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus 1. p. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Viitattu 15.12.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino, S. & Pennanen, L. 2008. Asiakslähtöisyys hoitotyössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62. Espoo.

Makkonen, A., Hupli, M. & Suhonen, R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Hoitotiede, 22, 2, 129–140.

McCormack, B. & McCane, T. V. 2006. Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing, 56, 5, 427–429.

Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos.

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja talouden laitos, Kuopion yliopisto.

Näyttöä magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. Viitattu 29.12.2015. www.hotus.fi

Pelzang 2010. Time to learn: understanding patient-centred care. British Journal of Nursing, 19, 14, 912–917.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004-2007) arviointi. Stakes. Helsinki.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 201. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: SanomaPro.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Forssa: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Ryhänen A. 2005. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen: seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri julkaisuja No. 35/2005. Viitattu 22.8.2015. http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9529793375.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.12.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 15.12.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2002. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective - A review of the literature. International Journal of Nursing Studies 39, 6, 645–654.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. Journal of Evaluation in Clinical Practice 11, 1, 7–20.

Suhonen, R., Gustafsson, M-L., Katajisto, J., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2010. Nurses' perceptions of individualised care. Journal of Advanced Nursing, 66, 5, 1035–1046.

Suhonen, R. 2012. Mitä yksilöllinen hoitaminen on ja miten se toteutuu. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. FORTE-hanke, luento 20.9.2012.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L, Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede, 25, 2, 80-91.

Terveydenhuoltolaki. 2010. Viitattu 15.12.2015. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Uuden sairaalan suunnittelu. 2015. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Uusi sairaala -hanke. Viitattu 21.3.2016. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Uusi_sairaala_hanke/Suunnittelu

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matka-opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö – askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Asimakopoulou, A. & Scambler, S. 2013. The role of information and choice in patient-centred care in diabetes: a hierarchy of patient-centredness. *European Diabetes Nursing*, 10, 2, 58–62.

Berghout, M., van Exel, J., Leensvaart, L. & Cramm, J. 2015. Healthcare professionals' views on patient- centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15, 385.

Charalambous, A., Katajisto, J., Välimäki, M. Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2010. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 57, 500–507.

Edwards, K. J., Duff, J. & Walker, K. 2014. What really matters? A multi-view perspective of one patient's hospital experience. *Contemporary Nurse*, 49, 122–136.

Esmaeili, M., Cheraghi, M. & Salsali, M. 2013. Barriers to patient-centered care: A thematic analysis study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25, 1, 2–8.

Ewart, L., Moore, J., Gibbs, C. & Crozler, K. 2014. Patient- and family-centred care on an acute adult cardiac ward. *British Journal of Nursing*, 23, 4, 213–218.

Gill, S.D., Dunning, T., McKinnon, F., Cook, D. & Bourke, J. 2014. Understanding the experience of inpatient rehabilitation: insights into patient-centred care from patients and family members. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 2, 264–272.

Kjörnsberg, A., Karlsson, L., Babra, A. & Wadensten, B. 2010. Registered nurses' opinions about patient focused care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28, 1, 35–44.

Kuusisto, A., Koskela, T., Nykänen, I. & Kumpusalo, E. 2013. Sepelvaltimopotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskeskushoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, 41, 68, 2589–2593.

Kvåle, K. & Bondevik, M. 2008. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 4, 582–589.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö*, 3, 3, 27–31.

Marshall, A., Kitson, A. & Zeitz, K. 2012. Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 12, 2664–2673.

Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y-H., Dugdale, P., Usherwood, T. & Leeder, S. 2013. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research*, 13, 251.

Murphy, K., Chuma, T., Mathews, C., Steyn, K. & Levitt, N. 2015. A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 15, 303.

Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J. & de Boer, D. 2012. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Services Research*, 12, 261.

Reed, P., Conrad, D., Hernandez, S., Watts, C. & Marcus-Smith, M. 2012. Innovation in patient-centered care: lessons from a qualitative study of innovative health care organizations in Washington State. *BMC Family Practice*, 13, 120.

Reeve, J., Lynch, T., Lloyd-Williams, M. & Payne, S. 2012. From personal challenge to technical fix: the risks of depersonalised care. *Health and Social Care in the Community*, 20, 2, 145–154.

Steenbergen, E.E., Van der Steen, R-M., Smith, S., Bright, C. & Kaaijk, M.M., 2013. Perspectives of person-centred care. *Nursing Standard*, 27, 48, 35–41.

Suhonen, R., Charalambous, A., Stolt, M., Katajisto, J. & Puro, M. 2011. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3–4, 479–90.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L, Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede*, 25, 2, 80–91.

West, E., Barron, D. & Reeves, R. 2005. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 4, 435–443.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. 2013. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 2, 152–158.

Liitteet

Liite 1. Esimerkki sisällönanalyysin teemoittelusta

ALKUPERÄISILMAISUT	PELKISTETTY ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
a more holistic approach to health care	Ihmisen näkeminen kokonaisuutena on edellytyksenä tehokkaalle ja asiakaslähtöiselle hoidolle	Kokonaisvaltainen hoito	Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät
Supported and holistic care			
maintaining a holistic view is required for the provision of patient-centered care			
a holistic view and application of learned knowledge are considered important in achieving patient-centered care			
holistic attention to the patient in care is more effective than working without a holistic approach			
Care of the whole person including the psychological, emotional and physical aspects	Hoidossa ei keskitytä yksittäiseen terveysongelmaan, vaan ihmiseen kokonaisuutena		
the consultation not be limited to the current symptoms			
it's that whole aspect of caring which makes it different from just the task of carrying out the procedure			
Hoitajan kyky aistia asiakkaan tilanne	Asiakkaaseen tutustuminen ja tämän tilanteen aistiminen		
The fact they now spend more time with patients allows nurses to get to know their patients better, which results in a better and more comprehensive understanding / PFC had given them an improved comprehensive view of the patients			
to ensure co-ordination of rehabilitation	Hoidon jatkuvuuden koordinointi kotutumismvaiheessa		
A seamless transition to outpatient services was necessary to avoid deterioration in function and social isolation			
Managing patients with complex needs	Moninaisten terveysongelmien hoitaminen koordinoitusti ja tiimityönä		
Multiple health problems required coordinated care by a large number of health professionals			
Patients with complex or atypical circumstances required special attention			
“Healthcare is focused on improving the quality of life of patients”	Elämänlaadun parantaminen		
the lack of a holistic view	Asiakkaan kokonaistilanteen huomioinnissa oli puutteita	Kokonaisvaltaisen näkemyksen puuttuminen hoidossa	Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät
heiltä ei kysytty työn, perheen ja sosiaalisen tilanteen vaikutusta sairauden hoitoon			
Family and friends and access to care stood out clearly as the least important dimensions for this viewpoint on PCC			
Parhaiten yksilöllisyys toteutui klinisen tilanteen osalta ja heikoiten henkilökoh-taisen elämäntilanteen osalta			

monet asiakkaat ovat kuvanneet oh- jausta hoitajälähtöiseksi ja kaivanneet elämäntilanteen parempaa huomiointia			
concentrated on the immediate prob- lem, leaving little time to discuss	Kapeakatseinen keskit- tyminen vain kyseiseen ongelmaan		
narrow focus of clinical encounters			
inadequate workforce and specialisation contributed to this single illness focus of care			
care providers may define “care” more narrowly as “clinical treatment,” whereas patients may perceive care in a broader sense	Ammattilaiset näkevät hoidon kapea-alaisem- pana kuin asiakkaat		
Definitions of ‘hospital experience’ differ between participants. Recipients include pre and post hospital admission periods, whereas providers limit hospital experi- ence to admission			
Doctors identified that the surgery and outcome were what mattered most to the patient, ‘The fact the surgery could be performed on him and not be associ- ated with any complications’	Keskittyminen lähinnä hoidon tuloksiin		
a focus on patient outcomes			

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt alkuperäisartikkelit

Nro	Tekijä(t), julkaisu- vuosi, tutkimuk- sen nimi, julkaisija	Tutkimuksen tavoite/tarkoitus	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1	Charalambous, A., Katajisto, J., Välimäki, M. Leino-Kilpi, H. & Suho- nen, R. 2010. Indi- vidualised care and the profes- sional practice environ- ment: nurses' per- ceptions. Suomi.	Kuvailla yksilöllistä hoitoa ja ammatil- lista työympäristöä sekä niiden liitty- mistä toisiinsa hoi- tajien näkökul- masta.	Kyselytutkimus henkilökunnalle- kolmessa sairaa- lassa, 13 yksikössä vuodeosastoilla (n=207).	Hoitajat toteutti- vat mielestään yk- silöllistä hoito- työtä. Näkemys yk- silöllisen hoidon toteutumisesta korreloi työyhtei- söön liittyvien teki- jöiden kanssa (kyky käsitellä kon- flikteja, työmoti- vaatio, johtajuus ym.).
2	Marshall, A., Kit- son, A. & Zeitz, K. 2012. Patients' views of patient- centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. Journal of Ad- vanced Nursing. Australia.	Tutkia potilaiden ymmärrystä ja kä- sityksiä potilasläh- töisestä hoidosta. Verrata käsityksiä olemassa olevaan kirjallisuuteen.	Haastateltiin kym- mentä potilasta ki- rurgisella vuode- osastolla, haastat- telun kesto 10–35 min. Taustamuut- tujina kerätiin po- tilaiden ikä, suku- puoli ja osastojak- son kesto.	Potilaslähtöisyys oli haastatelluille vieras käsite. Hoi- dolta toivottiin yh- teenkuuluvuutta, osallisuutta ja tark- kaavaisuutta.
3	Steenbergen, E.E., Van der Steen, R- M., Smith, S., Bright, C. & Kaaijk, M.M., 2013. Per- spectives of per- son-centred care. Nursing Standard. Alankomaat/Skot- lanti.	Selvittää ja ver- tailla sairaanhoita- jaopiskelijoiden sekä lehtorien nä- kemyksiä potilas- lähtöisestä hoito- työstä.	Haastateltiin yh- teensä kymmentä opiskelijaa ja kuutta lehtoria kahdesta eri yli- opistosta struktu- roidun haastatte- lulomakkeen avulla.	Potilaslähtöinen hoitotyö tulisi liit- tää vahvasti mu- kaan sairaanhoita- jakoulutukseen.
4	Kjörnsberg, A., Karlsson, L., Babra, A. & Wadensten, B. 2010. Regis- tered nurses' opin- ions about patient focused	Tutkia hoitajien mielipiteitä organi- saatiomuutoksesta kohti asiakasläh- töistä hoitotyötä.	Haastateltiin kuutta hoitajaa yli- opistollisen sairaa- lan osastolla. Haastattelussa ky- syttiin kokemuksia potilaslähtöisestä hoitotyön mallista,	Hoitajilla oli poti- laslähtöisestä hoi- totyön mallista myönteisiä koke- muksia, ja he arve- livat sen helpotta- van hoitotyötä.

	care. Australian Journal of Advanced Nursing. Ruotsi.		omasta ammatillisesta roolista sekä hoidon laadusta mallissa.	Tarvitaan laajempaa mallin toteuttamista ja lisää kokemuksia.
5	Asimakopoulou, A. & Scambler, S. 2013. The role of information and choice in patient-centred care in diabetes: a hierarchy of patient-centredness. European Diabetes Nursing. Iso-Britannia.	Tavoitteena tuottaa tietoa, joka parantaa potilaslähtöisen mallin soveltamista käytännössä.	Katsausartikkeli.	Esitellään käytännön esimerkin kautta hierarkkinen hoitomalli, jonka avulla asiakaslähtöisyyttä voisi tuoda käytännön hoitotyöhön.
6	Edwards, K. J., Duff, J. & Walker, K. 2014. What really matters? A multi-view perspective of one patient's hospital experience. Contemporary Nurse. Australia.	Tunnistaa potilaalle sekä hänen omaisilleen tärkeät tekijät sairaalajakson aikana, sekä tutkia ovatko työntekijät näistä asioista tietoisia.	Kvalitatiivinen haastattelu potilaalle, hänen vaimolleen ja seitsemälle työntekijälle (2 lääkärinä, 4 hoitajaa, 1 sairaala-apulainen).	Esille nousi potilaan näkökulmasta kolme pääteemaa: lääkityksen hallinta, fyysinen mukavuus ja emotionaalinen turvallisuus. Työntekijät eivät olleet näistä aina tietoisia.
7	Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y-H., Dugdale, P., Usherwood, T. & Leeder, S. 2013. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. BMC Health Services Research. Australia.	Kuvailla niitä haasteita, joita kroonisesti sairast ja omaishoitajat kohtaavat terveydenhuollon palveluiden parissa.	Haastateltiin potilaita (N = 52), omaishoitajia (N = 14) ja terveydenhuollon ammattilaisia (N = 63).	Potilaat kokivat, että 1) kommunikointi ja tiedottaminen olivat huonoa ammattilaisten taholta, 2) palvelut huonosti organisoituja, odotusajat pitkiä, 3) omahoitoon sai huonosti apua, 4) hoidon kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus riittämätöntä, 5) potilaiden ja omaishoitajien mukaanotto päätöksentekoon riittämätöntä.
8	Murphy, K., Chuma, T., Mathews, C., Steyn, K. & Levitt,	Selvittää potilaiden kokemuksia krooniseen sairautteen saamastaan	Haastateltiin 22 Cape Townin julkisen terveydenhuollon asiakasta,	Potilaat kohtaavat monia esteitä tehokkaan omahoito-

	N. 2015. A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. BMC Health Services Research. Etelä-Afrikka.	hoidosta sekä heidän motivaatio- taan ja kykyään omahoitoon ja elämäntapamuutoksen tekemiseen.	joilla oli diabetes ja/tai verenpainetauti.	don ja elämäntapamuutosten toteuttamiseen, kuten heikosti saatavilla oleva terveyskirjallisuus, yksilön heikot käsitykset kyvyistään selviytyä haasteista ja havaita sosiaalinen tuki. Suurin osa koki tiedonsaannin, ohjaamisen ja itsenäisyyteen tukemisen riittämättömäksi.
9	Esmaili, M., Cheraghi, M. & Salsali, M. 2013. Barriers to patient-centered care: A thematic analysis study. International journal of nursing knowledge. Iran.	Tunnistaa ja kuvailla esteitä asiakaslähtöiselle hoidolle hoitajien näkökulmasta.	Haastateltiin 21 hoitajaa (16 naista ja 5 miestä), jotka valittiin tutkimukseen vähintään kahden vuoden työkokemuksen ja tutkimukseen osallistumishalukkuuden perusteella.	Esteenä asiakaslähtöiselle hoidolle oli 1) yhteisymmärryksen puuttuminen siitä mitä on yhteistyö (tarkoitettiin moniammatillista yhteistyötä), 2) yksilölliset esteet, joihin sisältyi mm. motivaation puute ja kokonaisvaltaisen näkemyksen puute ja 3) organisatiotason esteet, kuten hoitajamitoitus, kiire, suuret työmäärät, epätasa-arvoinen hoitaja-lääkärisuhde, työskentelyolosuhteet, selkeiden ohjeiden puute, vähäinen esimerkillisestä työstä palkitseminen ja siihen tukeminen ja rohkaiseminen
10	Suhonen, R., Charalambous, A., Stolt, M., Katajisto, J. & Puro, M. 2011.	Tutkia hoitajien tyytyväisyyden työhönsä ja yksilöl-	Kyselytutkimuksella perusterveydenhuollon hoita-	Heikko tyytyväisyys työhän voi vaikuttaa heiken-

	Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. Journal of Clinical Nursing. Suomi.	lisen hoidon välistä yhteyttä ikääntyneiden hoitotyön ympäristöissä.	jilta (N= 263, vastaajia 71 %). Hoitajat olivat sairaanhoitajia, lähihoitajia, koti-apulaisia ja hoitoavustajia.	tävästi hoidon yksilöllisyyteen. Organisaatiotasolla tulisi tehdä parannuksia työtyytyvyyteen ja sitä kautta hoidon yksilöllisyyteen.
11	Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J. & de Boer, D. 2012. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. BMC Health Services Research. Alankomaat.	Tutkia, onko potilaiden koulutustasolla vaikutusta asiakaslähtöisen hoidon pitämiseen merkityksellisenä tai heidän saamiinsa kokemukseen asiakaslähtöisestä hoidosta.	Data kerättiin aiempien Consumer-Quality-index kyselyiden tuloksista. Kyselyitä 3 kpl: 1) N = 349 nivelreumaa sairastavaa, vast. 59,6 %; 2) N = 145 väli-levytyrä potilasta, vast. 37,1 %; 3) N = 515 potilasta, joilla oli hyvän-/pahanlaatuinen muutos rinnassa, vast. 50,4 %. Kysely postitettiin vakuutusyhtiöiden tai sairaaloiden värväämille potilaille.	Koulutustason haettiin vaikuttavan suoraan siihen, kuinka tärkeänä potilas pitää tiettyjä asiakaslähtöisen hoidon osa-alueita ja hieman myös kokemuksiin jaetusta päätöksenteosta. Muihin asiakaslähtöisen hoidon osa-alueiden kokemiseen koulutustasolla ei ollut vaikutusta.
12	Reeve, J., Lynch, T., Lloyd-Williams, M. & Payne, S. 2012. From personal challenge to technical fix: the risks of depersonalised care. Health and social care in the community. Iso-Britannia.	Tutkia pitkälle edenneen syövän kanssa eläviä ihmisiä ja heidän kärsimyksiään. Kaksi teemaa: yksilöllinen hoito ja odotukset totuuden kuulemisesta terveydenhuollon ammattilaisten taholta.	Haastateltiin 27 pitkälle edennyttä syöpää sairastavaa henkilöä, jotka olivat osallistuneet aiemmin laajempaan (N = 629) kyselytutkimukseen terminaalisen syövän diagnoosin aiheuttamasta masentumisesta.	Organisaatiotason vaikutusta täytyy tarkastella, jos halutaan antaa terminaalista sairautta sairastaville tarvitsemaansa yksilöllistä hoitoa.
13	Berghout, M., van Exel, J., Leensvaart, L. & Cramm, J. 2015. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals.	Tutkia sairaalassa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä potilakeskeisen hoidon mallin (PCC) kah-	Haastateltiin 34 terveydenhuollon ammattilaista, jotka työskentelevät suuressa ope-tussairaalassa New York Cityssä.	Haastatteluista tärkeimmiksi PCC:n osiksi nousi potilaiden kun-nioittava kohtelu, moniammatillinen työskentely, tasa-arvoinen hoitoon-

	BMC Health Services Research. Alankomaat/Yhdysvallat.	deksan eri ulottuvuuden tärkeydestä.		pääsy ja hoitotulosten tasa-arvoisuus.
14	Reed, P., Conrad, D., Hernandez, S., Watts, C. & Marcus-Smith, M. 2012. Innovation in patient-centered care: lessons from a qualitative study of innovative health care organizations in Washington State. BMC Family Practice. Yhdysvallat.	Ymmärtää sitä prosessia suunnittelusta käyttöön-ottoon, minkä terveydenhuollon organisaatiot ovat käyneet läpi ottaessaan haltuun asiakaslähtöisen hoitokulttuurin innovaation.	Haastateltiin eri palveluntarjoajaorganisaatioiden johtajistoa.	Asiakaslähtöisen hoitotyön toteuttaminen oli lähes jokaisen haastatellun organisaation strateginen tavoite. Tutkimuksessa tunnistettiin tekijöitä, jotka estävät ja toisaalta edesauttavat uusien asiakaslähtöisten innovaatioiden kehittämistä.
15	Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ferrell, B. 2013. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. C linical Journal of Oncology Nursing. Yhdysvallat.	Tunnistaa hoitajien esteitä kommunikaatiolle asiakaslähtöisessä hoitotyössä ja määrittää mitä kommunikointitaitoja tulisi sisältyä hoitajien koulutukseen.	Haastateltiin 7 hoitotyön esimiestä.	Esiin nousivat puutteet moniammatillisessa työskentelyssä, kuten yhtäpitämätön viestintä potilaille eri tahoilta, vaikeus kysyä lääkäriltä selvennystä johtuen lääkärin suhtautumisesta hoitajiin. Tiimirooleja täytyy selvittää ja hoitajia ohjata lääkärin, potilaiden ja omaisten ”ristitulessa” kommunikointiin. Tutkijat tekivät mallin kommunikoinnin harjoitteluun.
16	West, E., Barron, D. & Reeves, R. 2005. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. Journal of	Tutkia kokivatko hoitajat esteitä, kuten ajan, välineiden tai koulutuksen puutetta laadukkaaseen hoidon tarjoamiselle ja kuvailla niitä hoidon	Kyselytutkimus postitse 20 Lontoolaisen sairaalan hoitajille (N = 6160, vast. 2880 = 47 %).	64 % hoitajista koki olevansa yli-työllistettyjä ja koki, ettei aikaa ollut potilaalle tärkeisiin asioihin, kuten potilaan huolien ja pelkojen

	clinical nursing . Iso-Britannia.	osa-alueita, joihin puutteelliset resurssit eniten vaikuttavat.		huomioimiseen tai tiedonantoon. Työskentelyoloissa ja resursseissa on puutteita. Hoitajat kokivat halukkuutta lisäkoulutukseen hoidon sosiaaliseen ja ihmishuoneeseen puoleen liittyen.
17	Ewart, L., Moore, J., Gibbs, C. & Crozler, K. 2014. Patient- and family-centred care on an acute adult cardiac ward. British journal of nursing. Iso-Britannia.	Tutkia, kuinka PFCC:n (Patient and family-centred care) käyttöönotto on vaikuttanut aikuisten sydänosastolla.	Kyselytutkimukset ennen ja jälkeen projektin potilaille ja heidän omaishoitajilleen (Pre N = 106, vast. 48 % ja post N = 124, vast. 42 %).	Potilaat ja omaiset kokivat uudistuksen tuoneen monia parannuksia, kuten pidennetty vierailuaika, yhteistyö omaisten kanssa ja heidän mukaanotto hoitoon.
18	Gill, S.D., Dunning, T., McKinnon, F., Cook, D. & Bourke, J. 2014. Understanding the experience of inpatient rehabilitation: insights into patient-centred care from patients and family members. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Australia.	Kuvata kuntoutuksessa olevien potilaiden sekä heidän omaistensa kokemuksia, toiveita ja tarpeita potilaslähimmäisistä hoidosta kuntoutuksen aikana.	Haastateltiin hiljattain kuntoutusjaksoilla olleita potilaita (n=13) sekä kuntoutujien perheenjäseniä (n=11). Haastattelut tehtiin neljässä ryhmässä (2 ryhmää ennen kuntoutusjaksoa, 2 jälkeen), ja keskustelut nauhoitettiin.	Asiakkaat toivoivat mm. vuorovaikutusta ystävällisen ja empaattisen henkilökunnan kanssa, henkilökunnan esittäytymistä nimellä ja ammattinimikkeellä, tarkan tiedon saamista oikea-aikaisesti, kuntoutusta 24/7.
19	Kvåle, K. & Bondevik, M. 2008. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Norja.	Saada käsitys syöpäpotilaiden näkökulmasta omaan hoitoonsa: kumppanina kunnioittamisen tärkeydestä, omaa hoitoaan koskevan päätöksenteon jakamisesta, sekä syistä heidän toiveidensa taustalla.	Haastateltiin 20:tä 25-80-vuotiasta, sairaalahoidossa olevaa syöpäpotilasta. Haastattelut perustuivat vapaamuotoiseen dialogiin.	Tutkimuksessa tunnistettiin potilaille kolme tärkeää teemaa: 1) voimaantuminen (=kunnioitus, kuuntelu, rehellisyys, arvostus), 2) jaettu päätöksenteko koskien hoitoa, 3) kumppanuus hoitotyössä.

20	Kuusisto, A., Koskela, T., Nykänen, I. & Kumpusalo, E. 2013. Sepelvaltimopotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskeskushoidossa. Suomen Lääkäri-lehti. Suomi.	Tutkia potilaskeskeisyyden toteutusta sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden hoidossa terveyskeskuksissa.	Kyselytutkimus, johon osallistui 236 potilasta 13 eri paikkakunnan terveyskeskuksissa vuosina 2008-2009. Tutkimuksessa käytettiin PACIC-kyselyä (Patient Assessment of Chronic Illness Care).	Sepelvaltimotautipotilaiden potilaskeskeinen hoito ei toteudu suomalaisissa terveyskeskuksissa. Potilaat kokivat, ettei heidän mielipiteitään kysytty hoitosuunnitelmaa laadittaessa, ja hoitosuunnitelmat olivat vaikeasti toteutettavia.
21	Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L, Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede. Suomi.	Verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta ja sen toteutumisesta.	Kyselytutkimus 14:llä kirurgisella vuodeosastolla. Kyselyyn vastasi 291 potilasta ja 283 hoitajaa.	Potilaiden ja hoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia: potilaiden yksilöllisyyttä tuetaan heikoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Hoitajien arviot olivat potilaiden arvioita paremmat kaikissa arvioituissa osissa, eli he kokivat yksilöllisen hoidon toteutuvan paremmin.
22	Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö. Suomi.	Kuvailla asiakaslähtöistä ohjausprosessia ja sen asiakkaalta vaattimia edellytyksiä.	Kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuushaut Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista vuosilta 1995-2005, sekä kirjallisuuden käsinhaut.	Asiakaslähtöinen ohjaus on yhdessä asiakkaan kanssa määritettyjen tavoitteiden mukaista ja asiakkaan taustatekijöihin perustuvaa toimintaa.